

J. xxvi. May

OSTETRICA

TEORICO-PRACTICA

DEL PROFESSORE

GIOVANNI RAFFAELE

ATLANTE

DI FIGURE TRATTE DAI PIÙ PREGIATI AUTORI E MIGLIORATE
SECONDO I PROGRESSI DELLA SCIENZA

Quidquid in descriptione vel planissima obscuritatis
occurrit, appositis figuris clarius redditur, et
ante oculos quasi ponitur.
Albinus

PARTI NATURALI

NAPOLI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DI C. BATELLI e COMP.º

LARGO S. CIO. MAGGIORE N.º 30.

1841

Luigi Langrandi

QUEST'OPERA

DI OSTETRICIA TEORICO-PRATICA

A

PASQUALE LEONARDI DA CATTOLICA

MIO MAESTRO

IN QUESTO RAMO DELL'ARTE SALUTARE

DI MERITO CHIARISSIMO

IN SEGNO DI GRATO ANIMO

CONSACRO

TAVOLA X.

BACINO NEL SUO INSIEME E DIFFERENZE DELLO STESSO SECONDO I SESSI

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

Figura 1.^a Bacino d' uomo adulto.

Figura 2.^a Bacino di femmina adulta

a. Fig. 1.^a 2.^a Faccia anteriore del sacro

b. Fig. 1.^a 2.^a Fossa iliaca interna

c. Fig. 1.^a 2.^a Spina iliaca posterior-superiore

d. Fig. 1.^a 2.^a Spina iliaca anterior-superiore

Da c a d. Fig. 1.^a 2.^a Cresta iliaca

e. Fig. 1.^a 2.^a Spina iliaca anterior-inferiore

f. Fig. 1.^a 2.^a Spina sciatica

g. Fig. 1.^a 2.^a Cavità cotiloidea

h. Fig. 1.^a 2.^a Tuberosità dell' ischio

Da j a j. Fig. 1.^a 2.^a Arcata del pube

k. Fig. 1.^a 2.^a Foro ovale

l. Fig. 1.^a 2.^a Spina del pube

m. Fig. 1.^a 2.^a Eminenza ileo-pettinea

n. Fig. 1.^a 2.^a Sinfisi del pube

o. Fig. 1.^a 2.^a Sinfisi sacro-iliaca

p. Fig. 1.^a 2.^a Angolo sacro-vertebrale

Da q a q. Fig. 2.^a Distretto addominale (1)

r. Fig. 1.^a 2.^a Ultime due vertebre Lombari

Da s' a s² Fig. 1.^a 2.^a Apofisi trasverse delle suddette vertebre.

(1) Vale l'istesso per la fig. 1.^a

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1.^o pag. 2. e seguenti)

TAVOLA XX.

BACINO DI FEMMINA ADULTA VEDUTO PER LA SUA BASE, E SUA SOMMITÀ.

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

Figura 1.^a Gran bacino e sue articolazioni
Fig. 2.^a Distretto perineale, o sommità del bacino.

- a. Fig. 1.^a 2.^a Faccia anteriore del sacro
- b. Fig. 1.^a 2.^a Sommità del coccige
- c. Fig. 1.^a Fossa iliaca interna
- d. Fig. 1.^a 2.^a Spina iliaca posterior-superiore
- e. Fig. 1.^a 2.^a Spina iliaca anterior-superiore
- f. Fig. 1.^a 2.^a Spina iliaca anterior-inferiore
- g. Fig. 1.^a Branca orizzontale del pube
- h. Fig. 1.^a 2.^a Tuberosità dell'ischio
- i. Fig. 1.^a 2.^a Cavità cotiloidea
- j. Fig. 1.^a Foro ovale
- k. Fig. 1.^a Spina sciatica
- l. Fig. 1.^a 2.^a Ultime due vertebre lombari
- m. Fig. 1.^a 2.^a Apofisi trasversa della quarta vertebra lombare
- n. Fig. 1.^a 2.^a Apofisi articolare della detta vertebra
- o. Fig. 1.^a Gran foro sciatico che dà passaggio al muscolo piramidale, ai nervi sciatici, ai vasi, nervi glutei e sciatici

- p. Fig. 1.^a Piccolo foro sciatico che dà passaggio al muscolo otturatore interno, ai vasi e nervi pudendi interni
- q. Fig. 1.^a Fibro-cartilagine ed angolo sacro-vertebrale
- 1. Fig. 1.^a 2.^a Fibro-cartilagine e sinfisi del pube
- 2. Fig. 1.^a Sinfisi sacro-iliaca e suo ligamento anterior-superiore
- 3. Fig. 1.^a Sinfisi sacro-coccigea
- 4. Fig. 2.^a Ligamento inferiore, o triangolare della sinfisi del pube
- 5. Fig. 1.^a Porzione del suddetto ligamento sacro-iliaco anteriore che monta all'apofisi trasversa della 5. vertebra lombare
- 6. Fig. 1.^a Ligamento ileo-lombare
- 7. Fig. 2.^a Ligamento sacro-iliaco verticale
- 8. Fibro-cartilagine che unisce le due ultime vertebre lombari
- 9. Fig. 1.^a 2.^a Gran ligamento sacro-sciatico
- 10. Fig. 1.^a 2.^a Piccolo ligamento sacro-sciatico.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 8 e seguenti).

TAVOLA XXX.

SEGAMENTI DEL BACINO DESTINATI A METTERE IN CHIARO LE DIVERSE PARTI DELL'ESCAVAZIONE, LA FORMA, LA DIREZIONE, L'ESTENSIONE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

Le figure prima e seconda risultano dal segamento del bacino secondo il diametro bis-iliaco; e la terza e quarta dal segamento secondo il diametro sacro-pube



Figura 1.^a Metà posteriore del bacino di femmina adulta

Figura 2.^a Metà anteriore dell'istesso bacino

Figura 3.^a Metà laterale dritta di un bacino di femmina adulta.

Figura 4.^a Metà laterale sinistra dello stesso bacino, segnata a tratti

a. Fig. 1.^a Faccia anteriore del sacro e coccige

b. Fig. 1.^a 3.^a Apice del coccige

c. Fig. 1.^a 2.^a 3.^a Cresta iliaca

d. Fig. 1.^a 2.^a 3.^a Tuberosità dell'ischio

e. Fig. 1.^a 2.^a Bordo posteriore della cavità cotiloidea per dove passa il segamento verticale del bacino

c c', d d' Fig. 1.^a 2.^a Segamento suddetto del bacino che dalla cresta iliaca pel bordo posteriore della cavità cotiloidea scende all'ischio

f. Fig. 1.^a 3.^a Ultime due vertebre lombari

b, f. Fig. 3.^a Segamento verticale del coccige, sacro ed ultime due vertebre lombari

Da c a c' Fig. 1.^a 2.^a Ampiezza del bacino da una cresta iliaca all'altra, dieci pollici e mezzo

Da c² a c³ Fig. 2.^a Distanza che passa da una spina iliaca anterior-superiore all'altra dell'opposto lato, nove pollici e mezzo

Da d a d' Fig. 1.^a 2.^a Estensione da una tuberosità dell'ischio all'altra, quattro pollici

Da d² a d³ Fig. 2.^a Diametro trasversale o bis-iliaco, cinque pollici

g. Fig. 1.^a Spina sciatica

h. Fig. 1.^a 3.^a Grande incavatura sciatica cambiata in foro dal piccolo ligamento sacro-sciatico

i. Fig. 1.^a 3.^a Piccola incavatura sciatica cambiata in foro dai ligamenti sacro-sciatici.

l. Fig. 3.^a Canale sacro

m. Fig. 2.^a Gronda del foro ovale, cambiata in foro dal ligamento otturatore

1. Fig. 1.^a Ligamento ileo-lombare

2. Fig. 1.^a Fasci diversi del ligamento sacro-iliaco anterior-superiore

3. Fig. 1.^a 3.^a Piccolo ligamento sacro-sciatico

4. Fig. 1.^a 3.^a Gran ligamento sacro-sciatico

5. Fig. 1.^a Ligamento sacro-coccigeo

6. Fig. 1.^a 3.^a Sinfisi sacro-iliaca

7. Fig. 1.^a 3.^a Fibro-cartilagine che unisce il sacro all'ultima vertebra lombare

8. Fig. 1.^a 3.^a Fibro-cartilagine che unisce le due ultime vertebre lombari

9. Fig. 2.^a 3.^a Fibro-cartilagine inter-pubiena

10. Fig. 2.^a Ligamento pubieno inferiore

11. Fig. 2.^a 3.^a Ligamento otturatore

12. Fig. 3.^a Piano inclinato posteriore

13. Fig. 3.^a Piano inclinato anteriore

FIGURA 4.^{ta} METÀ LATERALE SINISTRA DEL BACINO, SEGNATA A TRATTI

Le linee indicate da lettere majuscole segnano i diametri

A B. Diametro sacro-pube, quattro pollici

C D. Diametro pube-coccigeo, quattro pollici

E F. Diametro antero-posteriore dell'escavazione misurato dal punto più concavo del sacro alla metà della faccia posteriore della sinfisi del pube, quattro pollici e otto linee

g, h. Altezza del pube, diciotto linee

i, j. Spessezza del pube, sei linee

k, l. Spessezza della base del sacro, un pollice e mezzo

m, n. Altezza del bacino dalla tuberosità dell'ischio al punto più elevato della cresta iliaca, sette pollici

o, p. Altezza del sacro senza seguire la sua curvatura, quattro pollici

q, r. Lunghezza del coccige, un pollice

s, t. Dall'apice della prima apofisi spinosa del sacro alla superficie esterna della sinfisi del pube, sette pollici; dai quali sottratti tre pollici per la spessezza del sacro e del pube, resta la misura del diametro sacro-pube del distretto addominale.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 8, 12, e seguenti)

TAVOLA XV.

DIREZIONE ED ASSI DEL BACINO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

- a a. Parte della regione lombare sinistra
 - b. Regione della natica sinistra
 - c c. Lato superiore ed interno della coscia sinistra
 - d d. Taglio della parete addominale lungo la linea bianca
 - e. Lato sinistro anteriore del torace
 - f. Cicatrice ombelicale
 - g. Le ultime cinque vertebre dorsali segate verticalmente nella parte di mezzo del loro corpo
 - g.' Apofisi spinose delle dette vertebre
 - Da h' a h⁵ Vertebre lombari, segate come le dorsali
 - i. Parte inferiore dello sterno diviso nella linea di mezzo
 - j. Appendice dello sterno
 - k. Ottava costa
 - l. Estremità inferiore della midolla spinale
 - m. Coda di cavallo
 - n. Muscolo trasverso dell'addome
 - o. Taglio del diaframma
 - p. Muscoli intercostali interni del lato sinistro
 - q. Taglio dell'utero nella sua parte media
 - r. Superficie interna della regione sinistra dell'utero
 - s. Metà sinistra dell'orificio del collo dell'utero
 - t. Angolo sacro-vertebrale
- A B. Asse del distretto addominale formante con l'asse del corpo un angolo di 49 gradi: la linea immaginaria che lo rappresenta deve passare due

pollici sopra l'ombelico, e due linee dinanzi del coccige, e si ottiene elevando una perpendicolare sul dimezzo del piano del distretto addominale

C D. Linea segnante l'asse del corpo e del distretto perineale paralleli fra loro

E. Linea segnante il piano suddetto del distretto addominale

F G. Piano orizzontale del distretto inferiore indicato dalla linea che partendo dall'apice del coccige va a passare sotto l'arcata del pube immediatamente

H. Diametro antero-posteriore dell'escavazione del bacino

J. Cerchio del Carus descritto attorno la sinfisi del pube, prendendo per centro il dimezzo della sinfisi istessa, nel punto ove termina la linea segnante il diametro antero-posteriore dell'escavazione, e per raggio la metà di questa linea. Quella porzione di cerchio che passa per la cavità del bacino, interseca sempre nel centro i diametri dei distretti e dell'escavazione; segna il cammino che fa la testa del feto nella meccanica del parto, ed indica la direzione da doversi seguire dalla mano o dagli istrumenti nel caso di operazione.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. I. pag. 11. 15. e seguenti.)

TAVOLA V.

PERINEO DI FEMMINA ADULTA VEDUTO PER LA SUA PARTE INFERIORE.

(GRANDEZZA NATURALE).

Il soggetto sta coricato sul dorso, le cosce son fortemente divaricate e piegate sul bacino.



- A, A. Parte superiore ed interna delle cosce.
- B, B. Regione de' glutei.
- C, C. Parete addominale anteriore.
- D. Cicatrice ombelicale.
- E. Commissura anteriore della vulva.
- F. Orificio dell' ano.
- G. Taglio delle grandi labbra un pollice al di sotto della commissura.
- H. Clitoride.
- H'. Ligamento sospensorio della clitoride.
- I. Radice del corpo cavernoso della clitoride.
- J. Orificio inferiore del canale dell' uretra.
- K. Entrata della vagina.
- L. Taglio della pelle e del tessuto adiposo della regione de' glutei.
- M. Sommità del coccige.
- N, N. Tuberosità ischiadica.
- O, O. Grandi ligamenti sacro-ischiadici.
- P. Muscolo costrittore della vagina.
- Q. Porzione vaginale del rilevatore dell' ano.
- R. Muscolo ischio-clitorideo, le cui fibre spesso montano fino al ligamento sospensorio.
- S. Altra porzione dell'anzidetto muscolo le cui fibre si fermano abbracciando la radice del corpo cavernoso.

- T. Muscolo trasverso del perineo.
 - U. Muscolo sfintere dell' ano.
 - V. Muscolo rilevatore dell' ano.
 - X. Muscolo retto interno.
 - Y. Muscolo grande adduttore.
 - Z. Muscolo gran gluteo.
-
- a. Arterie e vene pudende interne dopo traversati i ligamenti sacro-ischiadici.
 - b, b. Branca superiore dell'arteria pudenda interna.
 - c. Branca inferiore o perineale della stessa.
 - d. Arterie emorroidali inferiori.
 - e. Branche della vena pudenda formanti una specie di plesso dinanzi del muscolo trasverso.
 - f. Plesso venoso vaginale.
 - g. Curve anastomotiche arteriose e venose situate alla radice della clitoride.
 - h. Tronco del nervo pudendo interno dopo trasversati i ligamenti sacro-ischiadici.
 - i. Branca superficiale o perineale dello stesso.
 - j. Seconda branca superficiale fornita in questo soggetto dal tronco del nervo pudendo che va a distribuirsi nelle grandi labbra.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. I. pag. 18. e seguenti).

TAVOLA VII.

SUPERFICIE INTERNA D' UN BACINO DI FEMMINA ADULTA, COLLE PARTI MOLLI CHE LA VESTONO.

(GRANDEZZA NATURALE).

Il soggetto sta coricato sul dorso, il peritoneo e le lamine aponevrotiche son tolte.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| A. Coccige. | S. Ligamento rotondo dell' utero tagliato. |
| A.' Prominenza sacro-vertebrale. | 1. Arteria aorta. |
| B. Pube. | 2. Arteria iliaca primitiva del lato dritto. |
| C. C. Branche de' pubi. | 3. Arteria iliaca esterna. |
| D. D. Muscoli retti dell' addome. | 4. Arteria iliaca interna o ipogastrica. |
| E. Parete addominale. | 5. Origine delle arterie otturatrice ed ombelicale. |
| F. Muscolo grande obliquo. | 6. Arterie e vene circonflesse iliache. |
| G. Muscolo piccolo obliquo. | 7. Rami vascolari della fossa iliaca. |
| H. Muscolo trasverso. | 8. Vasi lombari inferiori. |
| I. Ligamento ileo-lombare. | 9. Arteria e vene epigastriche. |
| J. Muscolo grande psoas. | 10. Arterie e vene sacre medie anteriori. |
| K. Muscolo piccolo psoas. | 11. Vena cava inferiore. |
| K.' Aponevrosi del piccolo psoas. | 12. Vena iliaca primitiva del lato sinistro. |
| L. Muscolo iliaco. | 13. Vena iliaca esterna del lato dritto. |
| M. Muscolo otturatore interno. | 14. Vena iliaca interna dell'istesso lato. |
| N. Muscolo rilevatore dell' ano. | 15. Arteria otturatrice fornita qui dall' epigastrica. |
| O. Muscolo ischio-coccigeo. | 16. Nervo crurale. |
| P. Apertura della vagina. | 17. 18. Branche muscolo-cutanee della fossa iliaca for- |
| Q. Orificio superiore dell' ano. | nite dal plesso crurale. |
| R. Orificio vescicale dell' uretra. | |

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 19. 45. e seguenti).

TAVOLA VII.

BACINO DI FEMMINA ADULTA DIVISO IN AVANTI NELLA SINFISI DEL PUBE IN DIETRO NELLA SINFISI SACRO-ILIACA SINISTRA PER MOSTRARE ALCUNI SUOI RAPPORTI COLLE PARTI MOLLI.

(GRANDEZZA NATURALE).

- A. Parte dritta della parete addominale.
 - B. Tessuto adiposo che forma il monte di Venere.
 - C. Grandi labbra.
 - D. Piccole labbra.
 - E. Clitoride.
 - F. Canale dell'uretra.
 - G. Vagina nella spessezza del perineo.
 - H. Intestino retto che traversa il perineo.
 - I. Piccolo ligamento sacro-sciatico.
 - J. Ligamento rotondo dell'utero.
 - K. Superficie articolare della sinfisi pubiena coperta dalla sua fibro-cartilagine.
 - L. Superficie articolare sacro-iliaca.
 - M. Prominenza sacro-vertebrale.
 - N. Faccia interna del muscolo trasverso.
 - N'. Foglietto profondo dell'aponevrosi addominale anteriore.
 - O. Superficie posteriore del muscolo retto.
 - P. P. Muscoli psoas.
 - Q. Muscolo iliaco.
 - R. Muscolo otturatore interno.
 - S. Porzione del muscolo piramidale.
 - T. Muscolo rilevatore dell'ano.
 - T." Bendelle ischio-pubiene dell'aponevrosi perineale superiore.
 - U. Muscolo ischio-coccigeo.
- 1. Arteria aorta.
 - 2. Origine della mesenterica inferiore.
 - 3. Arteria iliaca primitiva del lato dritto.
 - 4. Arteria iliaca esterna.
 - 5. Arteria e vene circonflesse iliache.

- 6. Arteria e vena epigastrica.
 - 7. Arteria iliaca interna o ipogastrica.
 - 8. Arteria glutea.
 - 9. Arteria pudenda interna.
 - 10. Arteria ischiadica.
 - 11. Arteria ombelicale che fornisce le vescicali.
 - 12. Arteria uterina.
 - 13. Arteria otturatrice.
 - 14. Arteria emorroidale media.
 - 15. Arteria sacra laterale.
 - 16. Arteria e vena sacre medie.
 - 17. Vena cava inferiore.
 - 18. Vena iliaca esterna.
 - 19. Vena iliaca interna.
 - 20. Vena ischiadica.
 - 21. Vena glutea.
 - 22. Vena pudenda interna.
 - 23. Vena otturatrice.
 - 24. Rami venosi che vanno ai muscoli vicini.
 - 25. Vene sacre laterali.
- a. Branca muscolo-cutanea superiore del plesso lombare.
 - b. Branca muscolo-cutanea media del suddetto plesso.
 - c. Branca muscolo-cutanea inferiore dello stesso.
 - d. Nervo crurale.
 - e. Plesso sacro.
 - e.' Branca genito-crurale del plesso lombare.
 - f, g. Terzo e quarto paio delle branche anteriori dei nervi sacri destinati a formare il plesso dell'istesso nome.
 - h. Nervo otturatore.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 19. 45. e seguenti).

TAVOLA VIII.

APPARATO GENITALE FEMMINEO.

(GRANDEZZA NATURALE).

La parete anteriore del bacino, la vescica, l'intestino retto, e il peritoneo del lato dritto sono conservati.

- A. Superficie dritta ed esterna della regione anteriore dell'utero coperta dal peritoneo.
- A'. Superficie sinistra ed interna della regione posteriore dell'utero, l'anteriore essendo levata.
- B. Ovaia dritta contenuta nell'ala posteriore del ligamento largo.
- B'. Ovaia sinistra spogliata del peritoneo.
- C. Tromba dritta di Falloppio col suo padiglione contenuta nell'ala media del ligamento largo.
- C'. Tromba sinistra spogliata del peritoneo ed aperta per mostrare il cammino della sua cavità.
- D. Ligamento rotondo del lato dritto contenuto nell'ala anteriore del peritoneo.
- D'. Ligamento rotondo del lato sinistro spogliato del peritoneo, e tagliato alla sua uscita dall'anello inguinale.
- E. Ligamento largo.
- E'. Ligamento dell'ovaia.
- F. Vescica tirata sul lato sinistro per mostrar l'utero.
- G. Uraco tagliato.
- H. Uretere tagliato che apresi in vescica.

- I. Sinfisi del pube.
- J. Espansioni fibrose del ligamento rotondo nel tessuto cellulare del monte di Venere.
- J'. Branche inferiori tagliate delle suddette espansioni che vanno alle grandi labbra.
- K, K. Tuberosità degl'ischi.
- L, L. Metà inferiore ed interna del foro ovale.
- M. Origine dei corpi cavernosi della clitoride.
- M'. Clitoride.
- N. Fibre del muscolo ischio clitorideo.
- N'. Ligamento sospensorio della clitoride.
- O, O. Piccole labbra o ninfe.
- P. Tessuto retiforme.
- Q. Parte dritta del muscolo costringitore della vagina.
- Q'. Parte sinistra dello stesso sollevata per mostrare il tessuto retiforme.
- R. Vagina.
- S. Prepuzio della clitoride.
- T. Ghianda della clitoride.
- U. Punto in cui la cavità della tromba apresi nell'utero.
- V. Intestino retto.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 22. e seguenti).

TAVOLA IX.

BACINO DI FEMMINA ADULTA DIVISO IN AVANTI NELLA SINFISI DEL PUBE, IN DIETRO NELLA SINFISI SACRO-ILIACA SINISTRA, PER MOSTRARE GLI ORGANI GENITALI IN SITO.

(GRANDEZZA NATURALE).

La vescica, l'uretra, l'utero e la vagina, con taglio verticale davanti in dietro, son divisi nella linea di mezzo;
l'intestino retto è diviso solo in basso.

- A. Regione interna della coscia dritta.
- B. Natica dell'istesso lato.
- C. Parte dritta ed anteriore della parete addominale.
- D. Sinfisi sacro-iliaca sinistra.
- E. Apice del coccige veduto sotto la parete dell'intestino retto.
- F. Superficie articolare della sinfisi del pube.
- G. Prominenza sacro-vertebrale.
- H. Muscolo psoas del lato sinistro.
- I. Muscolo piramidale.
- J. Muscolo rilevatore dell'ano.
- J'. Aponevrosi perineale superiore.
- K. Muscoli glutei.
- L. Arteria Aorta.
- M. Vena cava inferiore.
- N. Grandi labbra.
- O. Piccole labbra o ninfe.

- O'. Spazio triangolare esistente tra utero, retto e perineo.
- P. Clitoride.
- Q. Canale dell'urètra.
- Q'. Superficie interna del lato dritto della vescica.
- R. Superficie interna del lato dritto della vagina.
- S. Orificio inferiore o esterno della vagina.
- T. Cavità dell'utero.
- T'. Metà laterale dritta dell'utero.
- U. Origine della tromba.
- V. Ligamento rotondo.
- Y. Cul di sacco anteriore del peritoneo tra vescica ed utero.
- Z. Cul di sacco posteriore del peritoneo tra utero ed intestino retto.
- a. Intestino retto legato e tagliato.
- b. Orificio esterno dell'intestino retto.
- c, c, c. Taglio del peritoneo.

(Vedi *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 24. e seguenti).

TAVOLA X.

SISTEMA VASCOLARE SANGUIGNO DEGLI ORGANI GENITALI FORMATORI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

A. Utero.
B. Collo dell' utero.
C. Porzione superiore della vagina.
D, D. Ovaja.
E, E. Trombe di Falloppio.
F, F. Padiglione della tromba.
G, G. Ligamento rotondo.
H, H. Rognoni.
I, I. Capsole sopra renali.
L, L. Ureteri tagliati.

a. Arteria Aorta.
b, b, Arterie Iliache primitive.
c, c. Arterie Iliache esterne.
d, d. Arterie Iliache interne.
e, e. Arterie uterine.
f, f. Arterie ovariche.
g, g. Arterie renali.
h. Vena cava inferiore.

i, i. Vene iliache primitive.
j, j. Vene iliache esterne.
k, k. Vene iliache interne o ipogastriche.
l, l. Vene uterine.
m, m. Vene ovariche.
n, n. Vene renali.
o, o. Tronchi arteriosi serpeggianti sulle parti laterali dell' utero.
p, p. Rami che vanno su i bordi e sulla superficie anteriore dell' utero.
q. q. Anastomosi risultanti dalle divisioni successive degli stessi tronchi.
r, r. Anastomosi degli ultimi ramoscelli di un lato con quelli del lato opposto che verificansi verso il mezzo dell' utero.
s, s. Maglie di quella specie di reticella che risulta dalle suddette anastomosi.
t, t. Rami arteriosi divenuti più grossi dopo l' anastomosi.

(Vedi *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 45. e seguenti)

TAVOLA XX.

VASI LINFATICI DELL' UTERO E DE' SUOI ANNESSI INIETTATI IN DONNA MORTA POCO DOPO IL PARTO.

(GRANDEZZA NATURALE)

Le ossa del pube sono tolte: l'utero è riversato e tirato in avanti in modo da mostrare la sua faccia posteriore;
il peritoneo di questa parte e della cavità addominale è tolto.



- A. Prominenza sacro-vertebrale.
- B. Arteria aorta e sue divisioni.
- C. Vena cava inferiore e sue divisioni.
- D. Arterie ovariche.
- E, E, E. Vene ovariche.
- F. Arterie e vene ovariche avanti di penetrare nei ligamenti larghi assai sinuose e divise.
- G. Metà inferiore del rene.
- H. Uretere.
- I. Intestino retto tagliato.
- K. Utero veduto per la sua faccia posteriore.
- L. Trombe di Falloppio.
- M. Ovaja.

- I. Tronchi de' vasi linfatici provenienti dagli organi genitali formatori, che sieguono il cammino dei vasi sanguigni ovarici, al numero di quattro pri-

- ma di arrivare ai gangli linfatici situati al livello del rene, d' avanti ed ai lati dell' aorta e della vena cava inferiore.
- 2. Divisione d' uno di questi cordoni avanti di arrivare nel ganglio linfatico.
- 3. 3. Anastomosi dei cordoni nel loro tragitto.
- 4. 4. Gangli linfatici pelvieni situati su i vasi ipogastrici, e nei quali vanno a metter capo i vasi linfatici provenienti dalla parte posteriore del collo dell' utero.
- 5. Numerose branche di linfatici che partono dalla faccia posteriore dell' utero, vanno ai ligamenti larghi, e formando dei tronchi vanno ai gangli renali.
- 6. Branche che prendono origine dal fondo dell' utero e comportansi come i precedenti.
- 7. Tronchi che provengono dalla parte anteriore degli organi genitali formatori.
- 8. Vasi linfatici provenienti dalle trombe uterine.

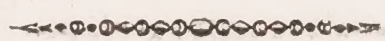
(Vedi *Ostetricia teorico-pratica* vol. I. pag. 51).

TAVOLA XII.

NERVI DELL' UTERO E DEGLI ALTRI VISCERI PELVIENI DI UNA DONNA MORTA QUATTRO GIORNI DOPO IL PARTO.

(GRANDEZZA NATURALE)

Il bacino è diviso in dietro nella sinfisi sacro-iliaca sinistra; in avanti nella branca orizzontale del pube accosto alla sinfisi.
Il peritoneo che veste i visceri pelvieni è tolto in parte.



- | | |
|---|--|
| <p>A. Prominenza sacro-vertebrale.</p> <p>B. Branca orizzontale del pube tagliata fuori della sinfisi pubiena.</p> <p>C. Sinfisi sacro iliaca.</p> <p>D. Vagina.</p> <p>E. Utero.</p> <p>F. Vescica.</p> <p>G. Intestino retto.</p> <p>H. Arterie ovariche del lato sinistro.</p> <p>I. Vene ovariche dell' istesso lato.</p> <p>J. Ovaia e padiglione della tromba.</p> <p>K. Arteria aorta e vena cava.</p> <p>L. Regione anteriore ed interna della coscia dritta.</p> <p>M. Natica dritta, o regione de' glutei.</p> <p>N, N, N. Taglio del peritoneo.</p> <p>O. Intestino retto legato e tagliato.</p> <p>a, a. Nervi splacnici dritti e sinistri che si dirigono all'indentro e al davanti dell' aorta.</p> <p>b. Plesso risultante dalle anastomosi de' due cordoni anzidetti.</p> <p>c. Plesso ovarico che venendo dal plesso renale, e distribuendosi all' ovaia ed all' utero stabilisce un rapporto diretto tra questi organi formatori, e i</p> | <p>reni. Comunicazione nervosa che dà soddisfacente spiega dei dolori ai reni nelle malattie dell' utero e in qualche caso di gravidanza e di parto.</p> <p>d. Branca di comunicazione dei gangli lombari coi gangli sacri.</p> <p>e, e, e. Gangli sacri.</p> <p>f, f, f. Branche d'origine de' nervi sciatici.</p> <p>g. Quarta branca sacra che dàrami anastomotici al plesso ipogastrico ed ai visceri pelvieni.</p> <p>h. Branca che parte dal plesso sacro e si distribuisce alla vagina, vescica e utero.</p> <p>i. Branca vescico-uterina che parte dal plesso sacro.</p> <p>j. Branca vescico-vaginale che ha l' istessa origine.</p> <p>k. Branca vaginale.</p> <p>l. Anastomosi delle branche sacre col plesso ipogastrico.</p> <p>m. Cordone plessiforme del gran simpatico, che discende nel bacino e riceve nel suo tragitto i filetti provenienti dai gangli sacri per formare il plesso ipogastrico, di cui si vedono le ramificazioni su i lati dell' utero, della vagina, del retto.</p> <p>n. Plesso ipogastrico.</p> <p>o. Nervi uterini ascendenti forniti dall' anzidetto plesso.</p> |
|---|--|

(Vedi *Ostetricia teorico-pratica* vol. 1. pag. 51).

TAVOLA XXX.

ORGANI GENITALI NUTRITORI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Figura 1^a Mammella gonfiata dal latte.
Figura 2^a Capezzolo di una donna che allatta.

- A, A. Fig. 1, e 2. Vasi sanguigni sottocutanei che si ramificano attorno all' areola.
- B, B. Fig. 1, e 2. Areola e sue grinze prodotte dai follicoli sebacei.
- C. Fig. 1. Depressioni visibili alla sommità e verso il centro del capezzolo che sono i punti ove sboccano i dutti lattei.
- D. Fig. 2. Capezzolo di donna che allatta.

Figura 3^a preparazione speciale dell' Areola.

- A, A. Taglio della pelle che forma l' areola.
- B. Areola rovesciata.
- C. Capezzolo diviso alla sua base e rovesciato per mostrare nel suo interno le aperture de' vasi galattofori.
- D. Tessuto cellulare dell' areola.

Figura 4^a Glandola mammaria scoperta.

- A, A, A, A. Pelle della mammella tagliata in croce e rovesciata per mostrare la glandola mammaria.
- B. Glandola mammaria scoperta.
- C. Granellini della glandola mammaria d'onde hanno origine alcuni vasi galattofori.
- D. Vasi sanguigni assai piccoli che difficilmente potrebbero iniettarsi.
- E. Tessuto fibroso che penetra nel tessuto proprio della mammella e la divide in lobetti.

Figura 5^a Mammella divisa nel mezzo per mostrare la disposizione de' vasi galattofori.

- A, A. Taglio del capezzolo.
- B, B. Taglio della mammella.
- C, C. Vasi galattofori assai numerosi.
- D. Base del capezzolo dove i detti vasi riuniti formano da 15 a 20 dutti più grossi, più apparenti.
- E. Gocce di latte che scorrono tagliando i detti vasi.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* Vol. I. pag. 52 e seguenti).

TAVOLA XXV.

SCHELETRO DI UN FETO A TERMINE E TESCHIO DELLO STESSO PRESENTATO IN DIVERSE POSIZIONI
ATTE A MOSTRARE LE FONTANELLE, LE SUTURE, I DIAMETRI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Figura 1^a scheletro di un feto a termine

1. Fontanella anteriore.
2. Prominenza frontale.
3. Prominenza parietale.
- 4,4. Articolazione omero-scapolare.
- 5,5. Articolazione ileo-femorale.
- a, b. Diametro bi-acromiale di variabile dimensione, assai riducibile e perciò di nessuno interesse per la pratica.
- C. D. Diametro bis-iliaco circa 4 pollici.

Figura 2^a teschio di feto a termine veduto lateralmente.

1. Metà sinistra del frontale.
2. Parietale dell'istesso lato.
3. Metà sinistra dell'occipitale.
4. Temporale sinistro.
5. Grande ala dello sfenoide.
6. Ossa proprie del naso.
7. Osso della guancia sinistra.
8. Mascellare superiore.
9. Mascellare inferiore.
10. Regione dell'orecchio.
11. Fontanella laterale sinistra anteriore.
12. Fontanella laterale sinistra posteriore.

- | | | | |
|----|----|-----------------------------|--------------------|
| A, | B. | Diametro mento-occipitale | 5. pollici |
| C, | D. | Diametro occipito-frontale | 4. pollici 6 linee |
| G, | H. | Diametro perpendicolare | 3. pollici 6 linee |
| K, | L. | Diametro vertice-mentale | 4. pollici 9 linee |
| e, | f. | Diametro cervico-bregmatico | 3. pollici 6 linee |
| i, | j. | Diametro mento-frontale | 3. pollici 3 linee |

Nota. I diametri segnati con lettere maiuscole sono quelli da noi creduti più interessanti a conoscersi.

Figura 3^a l'istesso teschio presentato per la regione posteriore.

- 1,1. I due parietali.
- 2,2. Parte posteriore de' due temporali.
3. Condili dell'occipite.
4. Mascellare inferiore.
5. Gran foro occipitale.
- 6,6. Protuberanze parietali.
- 7,7. Fontanelle laterali posteriori.
8. Fontanella posteriore.
- 9,9. Sutura lambdoidea.

- A, B. Diametro bi-parietale. 3. pollici e 6 linee.

Figura 4^a l'istesso teschio veduto per la sommità.

- 1,1. I due pezzi del frontale.
- 2,2. I due parietali.
3. Parte superiore dell'occipite.
4. Fontanella anteriore.
- 5,5. Sutura sagittale.
6. Fontanella posteriore.

- A, B. Diametro bi-parietale 3. pollici e 6 linee.

Figura 5^a l'istesso teschio veduto per la base.

1. Frontale.
- 2,2. Parietali.
3. Occipitale.
4. Sfenoide.
5. Osso della guancia.
6. Mascellare inferiore.
7. Foro occipitale.
- 8,8. Apertura dell'orecchio.
- 9,9. Fontanelle laterali posteriori inferiori.

- B, B. Diametro bi-temporale 3. pollici circa.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* Vol. I. pag. 56 e seguenti).

TAVOLA XV.

DISPOSIZIONE ANATOMICA DEL SISTEMA VASCOLARE SANGUIGNO DI UN FETO A TERMINE.

Figura 1^a Dimostrazione de' vasi sanguigni nei visceri toracici ed addominali eccetto il timo e il canale digestivo. (*grandezza semi-naturale*).

- A. Faccia anteriore del cuore.
- B. Polmone sinistro.
- C. Corpo tiroideo.
- D. Faccia inferiore del fegato rilevata e gettata in fuori.
- E. Vescicola bileare.
- F. Milza.
- G. G. Rognoni.
- H. Intestino retto legato e tagliato.
- J. Utero.
- K. Vescica.
- L. Diaframma.
- M. Uretere.
- N. Superficie fetale della placenta (1).

Figura 2^a Origine de' vasi dalla base del cuore (*grandezza naturale*).

- A, A. Ventricoli del cuore.
- B. Orecchietta dritta.
- C. Orecchietta sinistra.
- N, N. Appendici auricolari.
- 1, 1. Aorta.
- 2. Vena cava inferiore.
- 3. Vena cava superiore.
- 4. Canale arteriale.
- 5. Tronco dell'arteria polmonare.
- 6. Arteria succlavia sinistra.
- 7. Arteria carotide primitiva sinistra.
- 8. Arteria carotide primitiva dritta.
- 9. Arteria succlavia dritta.
- 10. Vena succlavia sinistra.
- 11. Tronco brachio-cefalico.

Figura 3^a Cavità dell'orecchietta e del ventricolo dritto: foro di Botal (*grandezza naturale*).

- A. Parete inter-auricolare.
- B, B, B. Taglio delle pareti dell'orecchietta dritta.
- C. Cavità del ventricolo dritto.
- D, D, D. Taglio delle sue pareti.
- E. Comunicazione inter-auricolare, o foro del Botal.
- F. Vena cava inferiore.
- G. Vena cava superiore.

Figura 4^a Fegato veduto per la sua faccia inferiore (*grandezza naturale*).

- A, A. Circonferenza del fegato.
- B. Lobo dritto.
- B'. Lobo sinistro.
- C. Lobo di Spigelio.
- D. Vescicola bileare.
- E. Orecchietta dritta del cuore.
- F. Ventricolo dritto.
- G. Appendice auricolare.
- 1. Vena cava inferiore.
- 2. Vena cava superiore.
- 3. Vena ombelicale.
- 4. Canale venoso.
- 5. Branche che la vena ombelicale fornisce alla sostanza del fegato.
- 6. Vena porta.
- 7. Branca anastomotica che riunisce la vena ombelicale alla vena porta.

- 1. Aorta nella sua origine.
- 2. Canale arteriale.
- 3. Vena cava superiore.
- 4. Tronco brachio-cefalico.
- 5. Vena succlavia sinistra.
- 6. Arteria carotide primitiva dritta.
- 7. Vena giugulare interna sinistra.
- 8. Aorta addominale.
- 9. Vena cava inferiore che scaricasi nell'orecchietta dritta del cuore.
- 10. Divisione della stessa in iliache primitive.
- 11. Tronco celiaco.
- 12. Cordone ombelicale.
- 13. Arteria e vena ovarica.
- 14. Arteria iliaca primitiva dritta.
- 15. Vena iliaca primitiva sinistra.
- 16. Arterie ombelicali separate dall'uraco.
- 17. Vene mesenteriche.
- 17'. Vena splenica formante colle precedenti il tronco della vena porta.
- 18. Arterie e vene renali.
- 19. Vena ombelicale.
- 20. Canale venoso.

(1) Abbiamo tralasciato la disposizione anatomica de' vasi alla superficie fetale della placenta, per farla in apposita figura e con quei dettagli che qui non sarebbe stato possibile di fare.

TAVOLA XVII.

DISPOSIZIONE ANATOMICA DELLE MEMBRANE, E DELL'UOVO UMANO IN GENERALE.

Figura 1^a Disposizione della decidua dopo l'arrivo dell'uovo nell'utero.

- A, A. Superficie esterna o uterina della decidua primitiva.
- B. Decidua serotina.
- C. Corpuscolo embrionario che si sviluppa nella Cavità dell'amnios.
- D. Corion che sviluppandosi spinge avanti a sè la decidua, e l'obbliga a formare il foglietto introflesso, infossandosi nella propria cavità come doppio berretto da notte.
- E. Cavità della decidua primitiva.
- F, F. Trombe di Falloppio che sboccano nell'utero.
- G. Sostanza gelatinosa che occupa la cavità del collo dell'utero.
- H. Punto in cui la decidua si ripiega per formare l'introflessa.

Figura 2^a Posizione normale e reciproca delle secondine e dell'embrione segnata a tratti.

- A. Sostanza gelatinosa che occupa il collo dell'utero e chiude il suo orificio.
- B, B. Apertura delle trombe.
- C, C. Tunica decidua vera che si prolunga fin nella tuba destra.
- D. Cavo dell'utero occupato dall'uovo.
- E, E. Punto in cui la decidua s'introflette.
- F. Decidua serotina.
- G. Allantoide.
- H. Vescicola Ombelicale col suo picciuolo nel funicolo.
- I. Amnios.
- K. Corion.
- L. Funicolo ombelicale.
- M. Spazio occupato dalle acque nelle quali galleggia il feto.

Figura 3^a Uovo umano estratto dal cavo D della figura 4^a che è la caduca.

- A, A. Setole di cignale che escono dalle aperture ammesse da Hunter di contro le aperture Fallopiane.
- B, B. Le stesse setole che escono dall'orificio ammesso dall'istesso Hunter e da altri di contro l'orificio uterino.
- C, C. Superficie uterina della decidua.
- D. Superficie della decidua introflessa col cui cavo trovavasi a contatto l'uovo rappresentato dalla figura terza.

Figura 5^a Uovo più sviluppato del precedente nel quale si mostrano le membrane corion ed amnios.

- A. Villosità del corion.
- B. Punto in cui acquistano un maggior sviluppo per formare la placenta.
- C. Corion tagliato e rivoltato in fuori.
- D. Amnios.

Figura 6^a Taglio verticale dell'utero per mostrare la disposizione delle membrane e del feto.

- A. Decidua primitiva tagliata e rivoltata in fuori.
- B. Decidua introflessa.
- C. Decidua serotina.
- D. Corion.
- E. Amnios sotto cui traspare il feto.
- F. Superficie uterina della placenta spogliata della decidua serotina.
- G, G. Orificio delle trombe.

TAVOLA XVII.

SUPERFICIE FETALE DELLA PLACENTA E VASI OMBELICALI CHE IN ESSA SI DISTRIBUISCONO E LA TRAVERSANO.

(GRANDEZZA NATURALE.)

- A. Cannula per la quale furono iniettate le due arterie ombelicali.
B. Cannula per la quale s' iniettò la vena ombelicale.
C, C. Arterie ombelicali.
D. Vena ombelicale.
E, E. Amnios che copre una parte della superficie fetale della placenta.
F, F. Altra parte della superficie fetale della placenta spogliata dell' amnios e coperta dal corion. Vedonsi qui i vasi ombelicali, e si possono distinguere i venosi dagli arteriosi perchè questi so-

- no più chiari, quelli più scuri. Gli uni e gli altri formando ramuscelli, rami, branche, tronchi traversano il corion e vanno ai cotiledoni placentari.
G. Porzione di decidua conservata sul margine della placenta.
H, H. Vasi utero-placentari assai numerosi, assai sviluppati e distesi dal materiale iniettato per i vasi uterini, che dopo il tragitto di più linee sulla superficie della decidua vi s' infossano e la traversano.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 88 e seguenti).

TAVOLA XVIII.

UTERO COLLE SECONDINE CHE VI ADERISCONO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

- A, A. Taglio delle pareti del corpo dell' utero.
B, B. Taglio delle pareti del collo dell' utero.
C. Faccia uterina della placenta scollegata e riversata.
D. Cordone ombelicale.
E. Superficie dell' utero corrispondente alla parte della placenta scollegata.
F, F. Corion ancora coperto dalla caduca introflessa.
G, G. Taglio dell' amnios sulla faccia fetale della placenta.
H. Porzione della caduca uterina separata e riversata.
H' Caduca uterina aderente.
H'' Vasi sanguigni assai lunghi, assai apparenti sviluppati nella spessezza della caduca uterina.
I, I. Specie di seno coronario.
I', I', I', I''. Porzione aperta dello stesso.
J, J. Altri seni che dopo un tragitto di più d' un pol-

lice sotto la caduca uterina e nella spessezza della parete uterina vanno ad anastomizzarsi col seno coronario.

- K, K, K, K. Arterie utero-placentari assai rimarchevoli pel loro volume, pel loro numero e per la loro disposizione tortuosa. Guadagnata l' interna superficie dell' utero, dopo aver camminato tra essa e la placenta, penetrano nella sostanza dei lobi della stessa.

- L, L. Seni venosi situati dietro la placenta che percorrono un tragitto di molte linee tra essa e la superficie interna dell' utero, formandogli parete il tessuto temporaneo sviluppato tra questi due organi.

- L', L'. Prolungamenti de' seni precedenti verso la faccia interna della placenta e completanti le pareti di questi singolari vasi venosi.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 48, 89 e seguenti).

TAVOLA XIX.

UTERO NELL' ULTIMO PERIODO DELLA GRAVIDANZA.

Le pareti addominali sono tagliate in croce e rivoltate in fuori per mostrare la forma, il volume, la situazione dell' utero completamente sviluppato, ed i suoi rapporti coi differenti organi contenuti nell'addome. La parete anteriore dell' utero è tolta, per far vedere una delle attitudini del feto a termine durante sua vita intrauterina.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

- A, A. Regione toracica.
- B. Fegato.
- C. Stomaco.
- D, D. Circonvoluzioni dell' intestino tenue.
- E. Colon ascendente.
- F. Colon traverso spogliato dell' epiploon.
- G. Grande epiploon.
- H, H. Taglio delle pareti dell' utero.
- I. Ligamento rotondo del lato dritto.

- J. Cordone ombelicale.
- K. Porzione della placenta aderente al fondo dell'utero.
- L, L, L, L. Pareti addominali tagliate in croce e rivoltate in fuori.
- M. Testa del feto che colla piccola estremità del globo uterino s' impegna nello stretto addominale.
- N. Parte superiore o grossa estremità dell' utero inclinata a dritta.
- O. Fessura della vulva.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 55, 136 e seguenti).

TAVOLA XX.

RAPPORTI DELLA TESTA DEL FETO COLLO STRETTO ADDOMINALE DEL BACINO NELLE QUATTRO POSIZIONI NORMALI DEL VERTICE

(GRANDÈZZA SEMINATURALE)

FIGURA I.

Prima posizione. L'occipite della testa del feto sta in rapporto colla regione cotiloidea sinistra del bacino, la fronte colla sinfisi sacro-iliaca destra, e perciò questa posizione dicesi *occipito-cotiloidea sinistra*, o pure *fronto-sacro-iliaca destra*. E siccome dai calcoli clinici risulta che si presenta circa settanta volte in cento parti, quindi si disse prima posizione.

FIGURA II.

Seconda posizione. L'occipite sta in direzione della regione cotiloidea dritta del bacino, la fronte è in rapporto colla sinfisi sacro-iliaca sinistra, e quindi tale posizione dicesi *occipito-cotiloidea dritta*, o *fronto-sacro-iliaca sinistra*; e siccome in cento parti si presenta circa venticinque volte, si disse seconda posizione.

FIGURA III.

Terza posizione. L'occipite del feto trovasi verso la parte posteriore del bacino della donna, e propriamente in rapporto colla sinfisi sacro-iliaca-dritta, e la fronte in direzione della regione cotiloidea sinistra, perciò detta *occipito-sacro-iliaca destra*, o *fronto-cotiloidea sinistra*. Questa posizione essendo men frequente della prima e della seconda non incontrandosi che circa nove volte in cento parti, quindi si disse terza posizione.

FIGURA IV.

Quarta posizione. L'occipite sta verso la sinfisi sacro-iliaca-sinistra, e la fronte verso la regione cotiloidea dritta per cui si dice *occipito-sacro-iliaca sinistra* o *fronto-cotiloidea dritta*, e tale posizione essendo la meno frequente giacchè in cento parti non si è osservata che circa quattro o cinque volte, quindi si disse quarta posizione.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica*. pag. 171 e seguenti)

TAVOLA XXI.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE, O OCCIPITO-COTILOIDEA SINISTRA.

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

FIGURA I.

Fine del primo tempo — La testa del feto che al principio della meccanica trovavasi coll' occipite a sinistra del bacino e più o meno in avanti, ha già eseguito simultaneamente un movimento di flessione, ed un altro di rotazione, per cui infossandosi nella cavità pelviena si trova col mento fortemente poggiato sul petto, e coll' occipite girato alquanto verso la regione cotiloidea del bacino della Donna.

- A. Sinfisi del pube.
- B. Vescica.
- C. Apertura dell' ano.
- D. Prominenza sacro-vertebrale.
- E. Sommità del coccige.

FIGURA II.

Secondo tempo — La testa del feto continuando il movimento di rotazione s' infossa nella cavità pelviena ove trovasi coll' occipite in relazione della branca discendente del pube sinistro, colla fronte e la faccia nella concavità del sacro, ma più accostata alla sinfisi sacro-iliaca dritta anzichè alla sinistra, ed ora il mento comincia a scostarsi dal petto. Il diametro bi-parietale è quasi parallelo al bis-iliaco; il fronto-occipitale all' antero-posteriore del bacino. La posizione del corpo del feto non è affatto cangiata ed è la stessa che nella figura precedente, e ciò indica che il movimento di rotazione della testa si è effettuato per semplice torsione del collo, girando l' atlante sopra l' asse.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 177 e seguente).

TAVOLA XXXII.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE, O OCCIPITO-COTILOIDEA SINISTRA.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Terzo tempo — La testa del feto che fin ora ha progredito secondo la direzione dell'asse dello stretto addominale, ora cangia e progredisce in direzione dell'asse dello stretto inferiore cioè si avvanza seguendo la direzione di quella linea immaginata dal Carus per segnare la direzione e gli assi degli stretti del bacino, quindi eseguisce un movimento di estensione in virtù del quale l'occipite, attesa la brevità della parete anteriore del bacino, striscia facilmente di sotto e in avanti della sinfisi del pube, mentre il mento si scosta dal petto, e la faccia percorre il piano inclinato che gli offre la curvatura del sacro, coccige e perineo. A quest'epoca le spalle del feto già s'impegnano in direzione del diametro obliquo sinistro dello stretto addominale che diede passaggio al bi-parietale della testa.

FIGURA II.

Quarto tempo — La testa del feto ha già superato lo stretto perineale e la vulva, per cui non essendo più ritenuta degli organi genitali che faceangli ostacolo, esiegue un movimento di riduzione mercè del quale situasi com'era prima d'impegnarsi nello stretto addominale. L'occipite è diretto verso l'anca sinistra della donna, e la fronte guarda la parte interna e posteriore della coscia dritta. Quella parte del corpo del feto che sta ancora nell'utero è diretta secondo l'asse dello stretto addominale, l'altra parte uscita dall'utero è in direzione dell'asse dello stretto inferiore. La spalla sinistra corrisponde al bordo posteriore del ligamento sacro-ischiadico sinistro e la spalla dritta alla branca discendente del pube dritto.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 178 e seguente).

TAVOLA XXXIX.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA TERZA E QUARTA POSIZIONE DEL VERTICE, O OCCIPITO-SACRO-ILIACA-
DRITTA E SINISTRA.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Secondo tempo — L'occipite della testa del feto che trovandosi a dritta o a sinistra del bacino, non potè venire verso avanti e situarsi in prima o seconda posizione, s'infossò nella cavità della piccola pelvi coll'occipite verso la concavità del sacro, dove questa regione della testa s'infossa sempre più, mentre la faccia che corrisponde alla sinfisi del pube, pel movimento di flessione, rimonta accostandosi il mento al petto, nel qual modo guadagna lo stretto perineale. E siccome l'altezza della parete posteriore del bacino, a differenza dell'anteriore, rende assai lungo e penoso tal movimento, quindi il parto in terza e quarta posizione risulta più lungo e più difficile.

FIGURA II.

Terzo tempo — La testa del feto vinta e superata la resistenza che opponeangli il perineo e la vulva, comincia ad eseguire un movimento di estensione, mercè del quale si rialza sul bordo della commissura posteriore della vulva, e si estende verso l'ano della donna. Contemporaneamente la fronte striscia sotto la sommità dell'arcata del pube, si vede comparire alla commissura anteriore della vulva, ed è tosto seguita dal naso, dalla bocca, dal mento, che procedono in avanti, mentre l'occipite come or dicemmo si riversa sul perineo della donna e procede verso l'ano, ma alquanto a dritta se è la terza, a sinistra se è la quarta posizione.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 184 a 185 e seguente).

TAVOLA XXIV.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA SECONDA POSIZIONE DELLA FACCIA, O MENTO-ILIACO SINISTRA.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Primo tempo — Il mento del feto corrisponde all'ileo sinistro della donna, il vertice della testa all'ileo dritto, per cui i diametri vertice-mentale, e fronto-mentale sono in direzione del diametro bis-iliaco del bacino. Così la testa del feto va traversando lo stretto superiore, ed a misura che s'infossa nella cavità della piccola pelvi, gira col vertice verso dietro e la fronte verso avanti.

FIGURA II.

Secondo tempo — La testa del feto che ha traversato lo stretto superiore e s'infossò nella cavità della pelvi, ha già eseguito un movimento di rotazione girando col vertice verso il sacro della donna e da destra a sinistra, mentre il mento girò verso il pube e da sinistra a destra per situarsi come sta attualmente. Quindi il mento e la bocca, che sono le prime parti a mostrarsi verso la commissura anteriore della vulva, sono tosto seguite dal naso, dagli occhi, dalla fronte.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 190 a 193 seguente).

TAVOLA XXV.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA PRIMA POSIZIONE DELLE NATICHE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Primo tempo. In questa prima posizione delle natiche il sacro del feto e tutta la superficie posteriore del suo corpo corrispondono alla parete anteriore e sinistra del bacino e dell' utero ; le gambe e le cosce del feto, stese sulla parte anteriore del suo corpo, sono in rapporto colla parte dritta e posteriore del bacino e dell' utero ; l' anca dritta sta verso il sacro ed a sinistra, l' anca sinistra verso il pube ed a dritta, e la testa corrisponde al fondo dell' utero.

FIGURA II.

Secondo tempo. Le natiche spinte dalle contrazioni uterine, han superato lo stretto addominale, e sono già nella cavità pelviena, ove l' anca sinistra trovasi girata verso l' arcata pubiena sotto la quale si puntella affacciandosi alla vulva. L' anca dritta che sta nella concavità del sacro e che deve percorrere una linea più lunga, si avvanza per superare la commissura posteriore della vulva che è fortemente distesa, ed il corpo del feto per facilitarne l' estrusione comincia a tracciare una curva colla concavità verso il pube della donna.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 197 e seguenti).

TAVOLA XXVII.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA PRIMA POSIZIONE DELLE NATICHE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Terzo tempo. Il corpo del feto, che nel secondo tempo cominciò ad incurvarsi per facilitare l'avanzamento dell'anca corrispondente al sacro che dovea percorrere una linea più lunga, in questo terzo tempo s' incurva ancor più sul suo lato sinistro, e le natiche superano lo stretto perineale. Ora il suo corpo trovasi piegato in due direzioni, cioè la parte che tutt' ora trovasi nell' utero sta diretta secondo l'asse dello stretto addominale; quella che trovasi fuori dell' utero e fuori della vulva, sta in direzione dell' asse dello stretto perineale. Vi traccia insomma quel semicerchio immaginato dal Carus per segnare gli assi de' due stretti di che parlammo nella parte anatomica (ved. tav. IV.).

FIGURA II.

Quarto tempo. Il corpo del feto, di cui il ventre corrisponde alla parte interna della coscia dritta della donna, è estruso fino alle spalle. Queste, mentre il petto traversava l'apertura esterna dello stretto perineale, s'impegnarono nello stretto addominale in direzione del diametro obliquo sinistro, cioè la spalla dritta verso il sacro ed a sinistra, la sinistra verso la parte anteriore del bacino ed a dritta, ed il braccio dritto che corrispondeva al sacro fu il primo a svincolarsi. La testa, coperta sempre dal fondo dell'utero che si contrae e si abbassa si avvanza per essere estruso, per cui s' impegna nell' escavazione, girando coll' occipite verso il pube.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 199).

TAVOLA XXVII.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA 1.^a E 4.^a POSIZIONE DELLE NATICHE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Quinto tempo nella prima posizione delle natiche.
La testa del feto, che nel secondo tempo la vedemmo girare verso la parte anteriore del bacino, ha già subito il movimento di rotazione, in virtù del quale, l'occipite si portò sotto l'arco pubieno contro cui si puntella, ed ora, prima il mento, poi la bocca, il naso, la fronte si svincolano ed il travaglio del parto è già finito.

FIGURA II.

Primo tempo nella quarta posizione delle natiche.
In questa posizione l'anca sinistra trovasi a sinistra ed in avanti, la dritta a dritta della donna ed alquanto verso la parte posteriore del bacino. Il sacro e tutta la parte posteriore del corpo del feto corrispondono alla parete laterale e posteriore dell'utero: le cosce e le gambe; le braccia e la parte anteriore del corpo alla parete anteriore.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 199, 202 e seguenti).

TAVOLA XXVIII.

MECCANISMO DEL PARTO NATURALE NELLA 2.^a POSIZIONE DE' PIEDI E 3.^a DELLE GINOCCHIA.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

FIGURA I.

Primo tempo nella seconda posizione de' piedi. I talloni del feto sono a dritta del pube della donna, il sacro e tutta la parte posteriore del suo corpo corrispondono alla parete anteriore dell'utero. Le dita de' piedi stanno verso la sinfisi sacro-iliaca sinistra, la parte anteriore delle gambe, le ginocchia, le braccia e tutto il resto della superficie anteriore del corpo del feto corrispondono alla parete posteriore dell'utero.

FIGURA II.

Primo tempo nella terza posizione delle ginocchia. La parte anteriore delle gambe e la posteriore del corpo

del feto corrispondono a dritta e verso la parte posteriore dell'utero e del bacino della donna; la parte anteriore delle cosce, le braccia e tutta la parte anteriore del corpo del feto stanno verso la parte anteriore ed a sinistra del bacino e dell'utero che trovasi quasi nello stato di obliquità sinistra, e copre la testa del feto col suo fondo (1).

(1) Per non moltiplicare le tavole senza necessità, ci siamo astenuti dal figurare tutti i tempi di ciascuna posizione, e tutte le posizioni di ciascun genere; ci limitammo, invece, a due soli esempi relativi ai due ordini, perchè di questi due esempi ben conosciuto il meccanismo è facile farne l'applicazione alle altre presentazioni che solo cennammo.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 206 e 207).

TAVOLA XXX.

POPPAIOLA A TROMBA.

(GRANDEZZA A $\frac{3}{4}$ DEL NATURALE).

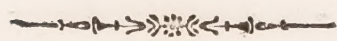


Figura 1^a Poppaiola a tromba.

Figura 2^a Varî pezzi dai quali risulta.

- A. Fig. 1, 2. Boccia di vetro.
- B. Fig. 1, 2. Grande sua apertura destinata a ricevere il capezzolo della mammella.
- C. Fig. 1, 2. Piccola sua apertura nella quale s'incasta il piccolo cilindro D.
- D. Fig. 1, 2. Piccolo cilindro che comunica colla boccia nel punto ove si uniscono.
- E. Fig. 1, 2. Piccolo foro che si apre nel cavo del cilindro, e che deve coprirsi col pollice volendo estrar l'aria.
- F. Fig. 2. Vite per la quale si unisce al cilindro H, più lungo, e più grosso del precedente, e col quale comunica per piccolo foro coperto da battiloro che forma la valvula.

- G. Fig. 1, 2. Cannellino curvo, che fissato con una sua estremità al piccolo cilindro, comunica coll'apertura di questo coperta da battiloro, e coll'altra estremità libera, sporge nel cavo della boccia, dalla quale estraе l'aria, messa la tromba in azione.
- H. Fig. 1, 2. Gran cilindro della tromba.
- I. Fig. 1, 2. Suo coperchio.
- K. Fig. 1, 2. Foro del coperchio che dà passaggio al manubrio L.
- L. Fig. 2. Manubrio destinato a muovere lo stantuffo M.
- M. Fig. 2. Stantuffo che serve ad estrar l'aria, tirandolo in fuori.
- N. Fig. 2. Mano dritta in atto di tirar lo stantuffo.
- O. Fig. 2. Mano sinistra che fissa la poppaiola, e col pollice coprirà il foro E.

Nota. Questa macchinetta si vende dalla vedova di Saverio Bianchi strada S. Giacomo n. 26. Tutte le altre macchinette, e strumenti qui designati trovansi vendibili nel deposito di prodotti chimici e d'istrumenti chirurgici strada Pignasecca n. 30.

(Ved. *Ostetricia teorico-pratica* pag. 226.)

TAVOLA XXX.

POPPAIOLA A COLLO E CAPPELLETTI.

($\frac{3}{4}$ DI GRANDEZZA NATURALE).



Figura 1^a Poppaiola a collo.

A. Larga apertura nella quale la donna nutrice deve introdurre il capezzolo.

B. Piccola apertura alla quale l'istessa nutrice può applicare la sua bocca per succhiare.

Figura 2^a Cappelletto di legno a capezzolo non forato.

Figura 3^a Cappelletto di cera veduto per la sua parte convessa, o superficie esterna.

Figura 4^a L'istesso cappelletto veduto per la sua parte concava, o superficie interna.

Figura 5^a Cappelletto di bosso con capezzolo d'avorio elastico veduto per la sua parte convessa o esterna.

A. Cappelletto di bosso.

B. Capezzolo d'avorio flessibile.

Figura 6^a L'istesso cappelletto veduto per la parte concava o interna.

Figura 7^a Cappelletto di gomma elastica con capezzolo a valvula.

A. Capezzolo forato.

B. Battiloro che copre il foro del capezzolo e forma la valvula.

Figura 8^a Cappelletto con capezzolo di vacca.

Figura 9^a Cappelletto di vetro.

A. Apertura nella quale s'introduce il capezzolo.

B. Piccolo anello nel quale si passa un legacciolo per sospenderlo al collo della donna.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* pag. 226 e seguenti.)

TAVOLA XXXI.

ZAMPILLETTI E GALATTOMETRO.

($\frac{3}{4}$ DI GRANDEZZA NATURALE).



Figura 1^a Zampilletto di M.^a Lebreton.
Figura 2^a Zampilletto di Darbon.
Figura 3^a Zampilletto di Charriere.
Figura 4^a Turacciolo e capezzolo del suddetto zampilletto.

- A. Fig. 1, 2, 3. Boccia di cristallo nella quale si pone il latte che deve servir di nutrimento al bambino.
- B. Fig. 1. Foro praticato nel corpo della boccia, che serve a facilitare l'uscita del latte quando il bambino dovrà succhiarlo.
- C. Fig. 3, 4. Foro praticato nel turacciolo per l'istesso scopo di quello osservato nella figura prima.
- D. Fig. 1, 2, 3. turaccioli di legno.
- E. Fig. 1. Capezzolo di Vacca preparato.
- F. Fig. 2. Capezzolo di sughero.

- G. Fig. 3, 4. Capezzolo di avorio flessibile.
- H. Fig. 4. Cappelletto di legno, che incastrandosi nella vite del turacciolo, fissa sullo stesso il capezzolo, come vedesi nella fig. 3.

Figura 5, Galametro di Richer.

- A. Fig. Tubo di cristallo.
- B. Fig. Scala di graduazione chiusa nell'anzidetto tubo.
- C. Fig. Palla piena di mercurio nella quale il suddetto tubo termina dilatandosi.

Figura 6^a L'istesso strumento immerso in un vaso di cristallo pieno di latte per segnare i gradi di sua densità.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* pag. 228 e seguenti.)

TAVOLA XXXIX.

DONNA NEL TRAVAGLIO DEL PARTO.

La partoriente con vestito da parto stà coricata sul dorso colle natiche a livello del torace, colle gambe e le cosce aperte e semiflesse, coi piedi puntellati alla traversa di legno. L'ostetrico colla mano sinistra solleva il lembo anteriore della larga gonna da parto, sotto la quale, essendo aperta di lato, può insinuare la mano dritta per esplorare la donna senza scoprirla.

- | | |
|--|---|
| <p>A A. Letto da parto.</p> <p>B. Cuscini che servono a far inclinare la testa della partoriente sul suo petto.</p> <p>C. Primo materasso.</p> <p>D. Cuscino che solleva il primo materasso nel punto ove poggiano le natiche della donna.</p> <p>E. Secondo materasso.</p> <p>F F. Coltrici gettate ai piedi del letto, che servirebbero a coprire la partoriente, se la stagione fosse fredda, e la donna stanca da lungo travaglio sonnacchiasse.</p> | <p>G. Traversa di legno alla quale la partoriente puntella i piedi nell'atto del dolore.</p> <p>H. Camiciuola.</p> <p>I. Larga gonna da parto.</p> <p>K. Laccio a guaina, che annodato di lato fissa la gonna al cinto.</p> <p>L L L. Apertura laterale della suddetta gonna.</p> <p>M. Assistente.</p> |
|--|---|

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* pag. 241 e seguenti.)

TAVOLA XXXIII.

LEGATURA E FORNITURA DEL CORDONE OMBELICALE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



Figura 1, 2. Legatura del cordone ombelicale.

- A. Fig. 1. Centro del nastro applicato sul cordone, attorno al quale si fa un giro e il nodo semplice B. della fig. 2.
- B. Fig. 2. Nodo semplice dopo il quale i due capi ritornano al punto d'onde partirono nella figura prima, e dove ora s'incrociano.
- C. Fig. 1. Incrociamiento de' due capi, che ora si riportano al punto ove formarono il nodo semplice nella fig. 2, ed ove si fissano con doppio nodo.
- D. Fig. 2. Doppio nodo che fissa il nastro.

Fig. 3. Altro metodo di legare il cordone.

- A. Primo giro del nastro col quale si forma il nodo semplice che vedemmo nella figura precedente.
- B. Cordone piegato ad ansa e compreso nel secondo giro del nastro.
- C. Doppio nodo come lo vedemmo nella fig. 2, e che qui fissa il nastro sul cordone piegato ad ansa.

Figura 4. Compresa piegata.

- A. Margine che risulta dal piegamento della compresa, e nel quale si sta completando un taglio semicircolare.

Figura 5. L'istessa compresa spiegata.

- A. Foro circolare che risultò dal taglio praticato come vedemmo nella fig. 4.
- B. Fessura praticata in una metà della compresa, dal foro circolare fino all'estremità libera.

Figura 6. L'istessa compresa applicata.

- a. Fessura nella quale si passò il cordone ombelicale, che situasi sul lato sinistro dell'addome.
- b, b. Lembo diviso della compresa, che si ripiegherà per coprire il cordone.

Figura 7. Fascia per fissare la compresa, ed il cordone.

Figura 8. L'istessa fascia già applicata.

- a, Primo giro.
- b, b. Secondo giro.
- c, c. Terzo giro.
- d, d, d, d. Nastri che servono a fissare la fascia.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 1. pag. 281, 289 e seguenti).

OSTETRICIA

TEORICO-PRATICA

DEL PROFESSORE

GIOVANNI RAFFAELE

ATLANTE

DI FIGURE TRATTE DAI PIÙ PREGIATI AUTORI E MIGLIORATE
SECONDO I PROGRESSI DELLA SCIENZA

Morbosae affectiones et a naturali via aberrationes,
quamvis sollicita cura descriptae, vix unquam
rite cognosci possunt, nisi icones addantur, et
suppleant quae verbis exprimi facile nequeunt.
Sandifort.

PARTI ARTIFICIALI

NAPOLI

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DI C. BATELLI E COMP.^o

LARGO S. GIO: MAGGIORE N. 30.

—
1843

PARTI ARTIFICIALI

Morbosae affectiones et a naturali via aberrationes,
quamvis sollicita cura descriptae, vix unquam
rite cognosci possunt, nisi icones addantur, et
suppleant quae verbis exprimi facile nequeunt.
Sandifort.

STRUMENTI NECESSARI ALLA PRATICA OSTETRICA

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Figura 1. Isteroscopio o specolo.

Figura 2, 3, 4. Vari pezzi dai quali risulta.

- A, A. Fig. 4. Due metà principali dello strumento.
 B. Fig. 4. Loro articolazione.
 C. Fig. 1. Terza lamina dello strumento veduta dalla parte esterna.
 C. Fig. 3. L'istessa lamina veduta dalla parte interna.
 D. Fig. 1. Segno che indica il centro superiore dello strumento quando è aperto.
 E. Fig. 1. Vite di pressione.
 F. Fig. 4. Molla che mossa dalla suddetta vite di pressione, serve a fissare o a togliere la terza lamina.
 G. Fig. 1, 3. Piccola incavatura nella quale s'incasta la suddetta molla.
 H. Fig. 1, 3. Grande incavatura che si adatta alla metà dritta del manico quando lo strumento è chiuso.
 H' Fig. 4. Piccola gronda nella quale passa il bordo I della terza lamina.
 I. Fig. 3. Bordo della terza lamina che entrando nella suddetta gronda, si articola così questo terzo pezzo con uno de' due pezzi principali dello strumento, ed accavalca l'altro.
 J, J. Fig. 1, 4. Due metà del manico che uniscono alle due metà principali dello strumento.
 K. Fig. 1, 4. Corsoio fissato alla metà sinistra del manico, e che passa in un'incavatura della metà dritta.

- L. Fig. 1, 4. Vite di pressione che serve a fermare il corsoio per tener aperto o chiuso lo strumento.
 M. Fig. 1. Base dello strumento o estremità vulvare.
 N. Fig. 1. Apice dello strumento o estremità uterina sormontata dal bottone di legno.
 O. Fig. 1, 2. Bottone di legno.
 P. Fig. 1, 2. Suo manico.
 Q. Fig. 2. Piccola verga di ferro che li unisce.

Fig. 5. Pelvimetro di Baudelocque.

- A, A. Branche dello strumento piegate a semicerchio.
 B, B. Bottoni che si applicano uno sul pube, l'altro sull'apofisi spinosa della prima vertebra del sacro.
 C, C. Estremità dello strumento che si piegano ad angolo retto per formare le due metà del manico.
 D. Vite a cerniera che unisce le due metà dello strumento che formano il manico.
 E. Quadrante che stando chiuso lo strumento, resta nascosto in una gronda fatta nei bordi interni delle due metà del manico.
 F. Vite a cerniera che fissa il quadrante alla parte superiore della metà sinistra del manico.
 G. Intaglio nel quale si fa passare l'estremità del quadrante quando si vuol misurare il bacino.
 H. Vite di pressione che serve a fissare il quadrante nel punto della distanza che segnerà.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 6, 10 e seguente.)

TAVOLA XXXV.

STRUMENTI NECESSARJ ALLA PRATICA OSTETRICA.

($\frac{3}{4}$ DI GRANDEZZA NATURALE).



Figura 1. Pelvimetro di Coutouly.

Figura 2. Ramo graduato dello stesso, o maschio.

Figura 3. Brancha femmina o a gronda.

- A, A. Fig. 1, 3. Uncinetti dello strumento che servono per tenerlo dovendolo applicare.
 B. Fig. 1, 3. Gronda della brancha femmina.
 C. C, Fig. 2. Piccoli uncinetti che incastrandosi nella suddetta gronda mantengono il ramo maschio a sito.
 D. Fig. 1, 2. Uncino della brancha femmina pel quale si tira, volendo aprire lo strumento.
 E. Fig. 1, 2. Scala di graduazione che misura l'allontanamento delle due piastre verticali.
 F, F, F, F. Fig. 1, 2, 3. Piastre verticali.

Figura 4. Pelvimetro della Sig. Boivin.

Figura 5. Brancha del quadrante.

Figura 6. Brancha vaginale.

Figura 7. Manico dello strumento.

- A, A. Fig. 4. Brancha rettale, o graduata.
 B. Fig. 4, 6. Brancha vaginale che unita alla rettale formano l'intro-pelvimetro.
 C. Fig. 4, 5. Brancha del quadrante che unita colla rettale formano il compasso di spessorezza.
 D. Fig. 4, 7. Manico dello strumento.
 E. Fig. 4, 7. Vite di pressione che serve a fissare la brancha rettale nel manico.

F. Fig. 4, 5. Quadrante che serve a marcare l'allontanamento delle estremità delle due branchhe che formano il compasso di spessorezza.

G. Fig. 4, 5. Intaglio nel quale passa la brancha rettale.

H. Fig. 4, 5. Vite a cerniera che unisce il pezzo intagliato alla brancha del quadrante.

I. Fig. 4, 5. Vite di pressione che serve a fissare la brancha rettale dopo passata nell'intaglio della brancha del quadrante.

K. Fig. 4. Intaglio praticato nella brancha rettale ove passa il quadrante.

L. Fig. 4. Vite di pressione che serve a fissare il quadrante dopo passato nel suddetto intaglio.

M. Fig. 4, 6. Intaglio praticato nella brancha vaginale, e nel quale passa la brancha rettale.

N. Fig. 4, 6. Manico della brancha vaginale che serve pure di vite di pressione per fissarla sulla brancha rettale.

O, O. Fig. 4. Estremità delle branchhe rettale e vaginale che formano l'intro-pelvimetro, e che poggiando la prima sulla prominenzia sacro-vertebrale, la seconda sulla superficie interna della sinfisi del pube, marcano la dimensione del diametro che si vuol misurare.

P, P. Fig. 4. Estremità delle due branchhe che formano il compasso di spessorezza, che fissandole una sulla apofisi spinosa della prima falsa vertebra del sacro, l'altra sul pube, si ottiene la misura del diametro sacro-pube, detraendo però tre pollici per la spessorezza delle ossa.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. p. 11 e seguenti.)

TAVOLA XXXVII.

PESSARII.

($\frac{3}{4}$ DI GRANDEZZA NATURALE).

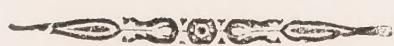


Figura 1, 2. Pessarii a turacciolo di forma diversa.

- A. Fig. 1, 2. Foro che serve a dar passaggio alle materie che scolano dall'utero.
- B, B. Fig. 2. Cappi nei quali si passa un nastro per fermare e tenere in sito il pessario.

Figura 3^a Pessario a ciambella di figura circolare col foro nel centro.

Figura 4^a Pessario a ciambella di figura ovale.

Figura 5^a Pessario di Moreau.

- A. Superficie superiore del pessario alquanto concava per poggiarvi il muso di tinca, e forata nel mezzo per dar passaggio alle materie che scolano dall'utero.
- B. Prominenza destinata a riempire lo spazio occupato dal fondo dell'utero quando trovasi slogato. Moreau in seguito modificò questo pessario facendo la prominenza più alta e più curva, e vi fece una gronda per adattarvi il collo della vescica.

Figura 6 Pessario a calice.

Figura 7 Anello dello stesso veduto dalla parte di sopra.

- A. Fig. 6, 7. Anello d'avorio.
- B. Fig. 7. Gronda ove poggia il muso di tinca.
- C. Fig. 6. Gambo del pessario.
- d, d, d. Fig. 6. Piccoli steli che con una estremità sostengono l'anello, coll'altra si riuniscono e formano il gambo suddetto.
- e, e, e. Fig. 6. Fori fatti nell'estremità del gambo.
- f, f, f, f. Fig. 6. Nastri passati nei suddetti fori coi quali

si ferma il pessario, legando questi nastri in avanti ed in dietro alla cintura.

Figura 8^a Pessario di spugna con filo per ritirarla al bisogno.

Figura 9^a Vescica insufflata per uso di pessario.

Figura 10, 11. Pezzi dai quali risulta il cannellino di ottone adattato al collo della vescica.

- A, A. Fig. 9. Siringa di gomm'elastica colla quale s'insuffla la vescica.
- B. Fig. 9, 10. Pezzo femmina o esterno del piccolo cannellino.
- C. Fig. 9, 11. Pezzo maschio o interno.
- D. Fig. 9, 10. Apertura superiore del pezzo femmina ove entra il pezzo maschio.
- E. Fig. 9, 10. Apertura inferiore che comunica colla cavità della vescica.
- F. Fig. 9, 11. Apertura superiore del pezzo maschio nella quale s'introduce la siringa per insufflare la vescica.
- G. Fig. 11. Piccola apertura laterale d'onde l'aria insufflata passa nel pezzo femmina, e da qui in vescica.
- H. Fig. 11. Piccola vite di pressione che fissa un pezzettino di pelle, la quale, girando il pezzo maschio chiude l'aria in vescica.
- I. Fig. 11. Vite a spirale per mezzo della quale il maschio gira nella femmina, e come ora dicemmo chiude l'aria in vescica.
- J. Fig. 9, 10. Piccola vite di pressione, che serve a limitare il movimento circolare del pezzo maschio, dimodochè, montato l'istrumento come vedesi nella fig. 9, un giro che si fa subire al pezzo maschio D basta ad aprire o a chiudere l'istrumento.

TAVOLA XXXVII.

STRUMENTI NECESSARJ ALLA PRATICA OSTETRICA

($\frac{3}{4}$ DI GRANDEZZA NATURALE).

Figura 1. forcipe

- A. A. Brancha femmina o dritta dello strumento.
- B. B. Brancha maschio o sinistra.
- C. Perno pel quale si articolano.
- D. D. Parte fenestrata o cucchiai.
- E. Manico della brancha dritta terminato ad uncino ottuso.
- F. Manico della brancha sinistra terminato ad uncino acuto, con bottone olivare che gli forma guaina.

Figura 2. chiave del forcipe, che serve a serrare il perno che articola le due branche, e ad aprire il bottone olivare.

Figura 3. Cefalotribo

- A. A. Brancha maschio.
- B. B. Brancha femmina.
- C. Incastratura per la quale il perno entra nella brancha femmina e forma l'articolazione dello strumento.
- D. Superficie interna del cucchiaio.
- E. Superficie esterna.
- F. Vite che serve a stringere con forza lo strumento.
- G. G. Manovella che serve per far girare la suddetta vite.
- H. Vite di pressione che unisce la manovella alla vite.
- I. I. Corsoi per mezzo dei quali si accorcia e si allunga la manovella.
- J. Vite di pressione che ferma il corsoio.
- K. Maniglia.

Figura 4. Forbicia di Smellie.

- A. Lama della forbicia che termina con punta acuta.
- B. Parte articolare.

C. Manico terminato ad anelli.

D. D. Rialto che serve a limitare l'infossamento dello strumento nel cranio del feto.

Figura 5. Foracranio di Mouriceau terminato a ferro di lancia.

Figura 6. Pinzetta da Mola.

- A. A. Cucchiai fenestrati.
- B. Parte articolare.
- C. Manico terminato ad anelli.

Figura 7, 8, 9, 10. Stetoscopio, e varî pezzi che cangiano la sua forma, ed i suoi usi.

- A. fig. Estremità ad imbuto o pettorale dello strumento.
- B. fig. Estremità auricolare.
- C. fig. Foro che traversa tutta la lunghezza dello strumento, atto a trasmettere i suoni semplici della respirazione.

Figura 8. Cono di legno che introducendolo nella cavità ad imbuto, rende il foro che traversa lo stetoscopio di egual diametro, e più atto a trasmetterci i suoni che la voce produce nella cavità del petto.

Figura 9. Lamina di avorio che adattandola all'estremità auricolare dello stetoscopio, rendonsi più chiari e più distinti i suoni della voce e della respirazione.

Figura 10. Lamina di avorio imperforata che adattandola all'estremità pettorale ne risulta un cilindro solido, più atto all'ascoltazione del cuore.

TAVOLA XXXVIII.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Il bacino rappresentato colla figura prima, è regolare nella sua forma; ma pare essersi arrestato nel suo sviluppo, d'onde la mancanza delle necessarie dimensioni. Il bacino poi rappresentato colla figura quarta e quinta, oltre lo stringimento che presenta nello stretto addominale, è anche schiacciato, come presso tra due forze agenti da sopra in sotto, da dietro in avanti, e viceversa. Il sacro manca della sua naturale curvatura, lo stretto inferiore è diretto in dietro, il superiore in avanti. L'osso iliaco a livello ed in sopra della grande incavatura ischiadica pare piegato da dietro in avanti, per cui le tuberosità degl'ischî vennero in avanti ed in fuori, ciò che produsse lo stringimento dello stretto superiore, e l'allargamento dell'inferiore.

Figura 1. Bacino di donna di forma regolare, ma mancante delle normali dimensioni.

Figura 2. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della figura 1.

A, B. Diametro sacro-pube tre pollici.
C, D. Diametro bis-iliaco quattro pollici.
E, F. Diametri obliqui tre pollici ed otto linee.

Figura 3. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della figura 1.

A, B. Diametro pube-coccigeo due pollici e nove linee.
C, D. Diametro trasverso o bis-ischiadico tre pollici e nove linee.
E, F. Diametri obliqui tre pollici e sette linee.

Figura 4. Bacino di donna alterato nella forma, nelle dimensioni e nella direzione dei suoi stretti veduto per la sua base.

Figura 5. L'istesso bacino veduto per la sua sommità.

Figura 6. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della figura 4.

A, B. Diametro sacro-pube due pollici e quattro linee.
C, D. Diametro bis-iliaco quattro pollici.
E, F. Diametri obliqui tre pollici e nove linee.

Figura 7. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della figura 5.

A, B. Diametro pube-coccigeo quattro pollici e sette linee.
C, D. Diametro bis-ischiadico cinque pollici.
E, F. Diametri obliqui quattro pollici e sei linee.

(*Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 40, e seguenti.)

TAVOLA XXXIX.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Nel bacino di donna, rappresentato dalle tre figure di questa tavola, si vedono gli ossi del pube che riuniscono ai cosciali formando un angolo quasi retto. Poi, solo cinque linee distanti l'uno dall'altro, camminano paralleli per lo spazio di due pollici, finchè la superficie articolare di ciascuna branca del pube si ricurva in dentro per unirsi e formare la sinfisi pubiena. Questa è assai lunga e l'arcata che vi sta sotto assai stretta e ad angolo acuto per la troppa rettitudine delle branche discendenti del pube ed ascendenti dell'ischio, le cui tuberosità sono assai accostate. Il sacro verso la sua sommità si curva in avanti, cammina per un pollice e mezzo in direzione orizzontale, e il coccige riguarda in alto. Per questa disposizione del sacro, e per la prominente delle ossa del pube in avanti, ne risulta un allungamento nei diametri antero-posteriori di questo bacino, uno stringimento nei sacro-cotiloidei, e nel bis-ischiadico.



Figura 1. Bacino viziato veduto per la base.

Figura. 2. Lo stesso veduto per la sommità.

Figura 3. Regione anteriore dello stesso bacino.

Figura 4. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della fig. 1.

A, B. Diametro sacro-pube quattro pollici e sei linee.

C, D. Diametro bis-iliaco tre pollici e sei linee.

E, F. Diametri obliqui tre pollici e sei linee.

Figura 5. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della fig. 2.

A, B. Diametro pube-coccigeo tre pollici e sei linee.

C, D. Diametro bis-ischiadico due pollici e sei linee.

E, F. Diametri obliqui tre pollici.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2 pag. 41 e seguenti)

TAVOLA XL.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

Nel bacino rappresentato dalla prima e seconda figura di questa tavola le ossa del pube si uniscono alle cosciali formando un angolo, ma assai più aperto di quello che osservammo nella tavola precedente: pure la prominenza della sinfisi del pube in avanti è tale, che sarebbe sufficiente a produrre un aumento nella dimensione del diametro antero-posteriore, se la sinfisi pubiena non fosse deviata, e non corrispondente alla prominenza del sacro, se quest'osso non fosse assai curvo e perciò la sua base assai prominente, infine se la quinta vertebra lombare non fosse assai accostata alla cavità cotiloidea dritta. La quinta figura poi rappresenta un bacino le cui ossa sono assai gracili, e specialmente quelle del pube non hanno che due linee di spessore. La parete anteriore di questo bacino essendo come schiacciata d'avanti in dietro, ed accostata alla posteriore, allontana le pareti laterali tra loro, d'onde un accorciamento dei diametri sacro-pube, e sacro-cotiloidei, e l'allungamento dei diametri limitati dalle pareti laterali, come il trasverso e gli obliqui, e ciò prova sempre più la frequenza dei vizi dei diametri sacro-cotiloidei, e l'utilità della loro conoscenza.



Figura 1. Bacino di donna rachitica veduto per la sua base.

Figura 2. L'istesso bacino veduto per la sommità.

Figura 3. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della figura 1.

- A, B. Diametro sacro-pube due pollici.
- C, D. Diametro bis-iliaco tre pollici e nove linee.
- E, F. Diametro obliquo dritto due pollici e dieci linee.
- G, H. Diametro obliquo sinistro due pollici e nove linee.

Figura 4. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della figura 2.

- A, B. Diametro pube-coccigeo due pollici e sette linee.
- C, D. Diametro trasverso un pollice e dieci linee.

- E, F. Diametro obliquo dritto due pollici e tre linee.
- G, H. Diametro obliquo sinistro due pollici e otto linee.

Figura 5. Bacino di donna rachitica.

Figura 6. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale.

- A, B. Diametro sacro-pube un pollice ed otto linee.
- C, D. Diametro bis-iliaco cinque pollici.
- E, F. Diametro obliquo dritto quattro pollici.
- G, H. Diametro obliquo sinistro quattro pollici e sette linee.

Figura 7. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale.

- A, B. Diametro pube-coccigeo due pollici.
- C, D. Diametro trasverso cinque pollici.
- E, F. Diametro obliquo dritto tre pollici e nove linee.
- G, H. Diametro obliquo sinistro quattro pollici e tre linee.

(Ved. *Ostetricia Teorico-Pratica* vol. 2. pag. 41 e seguente.)

TAVOLA XXI.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Il bacino rappresentato dalle figure di questa tavola, appartiene a donna rachitica operata di *pelviotomia* in questo ospizio delle gravide. Si vede nello stesso, il sacro mancante di curvatura, la base di quest' osso spinta in avanti ed abbassata verso il pube, il margine superiore della sinfisi pubiena, e le cavità cotiloidee accostate al sacro, per cui ne risulta lo stringimento dello stretto addominale. E ciò essendo avvenuto per un movimento di altalena, che accostò il margine superiore ed anteriore del bacino al posteriore, ne seguì nell' istesso tempo, che gl' ischî, la sommità dell' arco pubieno, e l' apice del coccige si allontanarono tra loro. Quindi mentre lo stretto addominale si strinse, il perineale si allargò; quello trovavasi diretto in avanti e in basso, questo verso dietro (1).



Figura 1. Bacino viziato veduto per la sua base.

A, A, A, A, A. Punti nei quali le ossa della parete anteriore del bacino furono segate e divise.

Figura 2. L' istesso bacino veduto per la sua base.

Fig. 3. Regione laterale dello stesso.

Fig. 4. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della figura 1.

A, B. Diametro sacro-pube, un pollice e sette linee.

C, D. Diametro trasverso, quattro pollici e mezzo.

E', F'. Diametro obliquo dritto, tre pollici e nove linee.

E, F. Diametro obliquo sinistro, tre pollici e undici linee.

Figura 5. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della figura 2.

A, B. Diametro pube-coccigeo, tre pollici e nove linee.

C, D. Diametro bis-ischiadico, tre pollici e otto linee.

E, F. Diametri obliqui, tre pollici e otto linee.

(1) Diremo la storia clinica di questa donna, quando esporremo i processi operatorî.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 43.)

TAVOLA XLIX.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Le figure prima e seconda di questa tavola, rappresentano un bacino di donna rachitica, operata di parto cesareo in questo ospizio delle gravide. In esso bacino vedonsi contemporaneamente viziati i due stretti, a causa di una curvatura assai pronunziata del sacro, e dell'infossamento delle regioni cotiloidee. La figura 5 rappresenta un bacino viziato da un sol lato: in esso non si vede alcuna traccia della sinfisi sacro-iliaca sinistra; non si osservano, nè eminenze, nè ineguaglianze ossee; ma la fossa iliaca dell'istesso lato, trovasi assai avvicinata alla parte media del sacro. La base di quest'osso nulla presenta di ciò che si suole osservare nello stato normale; si osserva solamente il primo foro sacro, ma assai ristretto, ed a questo punto sembra corrispondere l'unione sacro-iliaca; infine la prominenza sacro-vertebrale, invece di corrispondere alla sinfisi pubiena, corrisponde alla regione cotiloidea sinistra.

Figura 1. Bacino viziato veduto per la sua base.

Figura 2. L'istesso bacino veduto per la sommità.

Figura 3. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della figura 1.

A, B. Diametro sacro-pube, tre pollici ed una linea.

C, D. Diametro trasverso, tre pollici e dieci linee.

E', F'. Diametro obliquo dritto, quattro pollici.

E, F. Diametro obliquo sinistro, tre pollici e cinque linee.

Figura 4. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della figura 2.

A, B. Diametro pube-coccigeo, due pollici e mezzo.

C, D. Diametro bis-ischiadico, due pollici.

E, F. Diametri obliqui, due pollici e tre linee.

Figura 5. Bacino viziato da un sol lato veduto per la sua base.

Figura 6. Circonferenza dello stretto addominale dell'istesso bacino segnata a tratti.

A, B. Diametro antero-posteriore, quattro pollici.

C, D. Diametro trasverso, quattro pollici e tre linee.

E, F. Diametro obliquo dritto, due pollici e nove linee.

E', F'. Diametro obliquo sinistro, quattro pollici e nove linee.

Figura 7. Circonferenza dello stretto perineale dello stesso bacino segnata a tratti, ristabilendovi idealmente i ligamenti sacro-ischiadici.

A, B. Diametro pube-coccigeo, quattro pollici e mezzo.

C, D. Diametro bis-ischiadico, tre pollici.

E, F. Diametro obliquo dritto, quattro pollici.

E', F'. Diametro obliquo sinistro, due pollici e mezzo.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 43, e 45).

TAVOLA XLIII.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Le figure di questa tavola rappresentano un bacino di donna rachitica operata di sinfisotomia in quest'ospizio delle gravide. Le ossa dalle quali risulta questo bacino così sformato, sono solide, compatte, pesanti. La superficie anteriore del sacro, verso la base guarda direttamente in basso, mentre il resto della superficie a livello del secondo paio dei forami sacri, ricurvandosi l'osso ad angolo assai acuto, e procedendo orizzontalmente in avanti, guarda direttamente in sopra, sicchè l'apice di quest'osso dista appena sei linee dalla sua base. Dipiù le tre ultime vertebre lombari, s'inclinano talmente in avanti ed in basso, e le regioni cotiloidee, spinte in sopra ed in dietro, sono così accostate all'unione della seconda colla terza vertebra lombare cui corrispondono, che appena resta la distanza di otto linee a sinistra, undici a dritta. La sinfisi del pube, spinta in alto, si allontana dalla prominenzia sacro-vertebrale per lo spazio di tre pollici, e quattro linee, eppure il diametro antero-posteriore è strettissimo, perchè limitato dal pube che s'innalzò, e dal corpo della terza vertebra cui corrisponde che protubera in avanti ed in basso. Però questa distanza è meno breve di quella che passa dalle regioni cotiloidee alla stessa vertebra, essendo la sinfisi del pube prominente in avanti di qualche pollice. In fine siccome il margine superiore ed anteriore del bacino, e la colonna lombare, accostaronsi in virtù d'un movimento di altalena, quindi le tuberosità ischiadiche vennero spinte in fuori ed in sopra, e lo stretto inferiore, la cui direzione malgrado tante alterazioni è poco cangiata, vi offre più grandi dimensioni dello stretto superiore, che trovasi alquanto diretto in dietro.



Figura 1. Bacino di donna rachitica veduto per la sua base.

Figura 2. L'istesso bacino veduto per la sua sommità, ma alquanto obliquamente, per mostrare l'eccessiva curvatura del sacro, e l'innalzamento della sinfisi del pube.

Figura 3. L'istesso bacino veduto di lato.

Figura 4. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale della fig. 1.

A, B. Diametro antero-posteriore, un pollice e tre linee.
C, D. Diametro trasverso, quattro pollici e tre linee.
E', F'. Diametro obliquo dritto, tre pollici e otto linee.
E, F. Diametro obliquo sinistro, quattro pollici ed una linea.

Figura 5. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale della fig. 3.

A, B. Diametro pube-coccigeo, tre pollici e nove linee.
C, D. Diametro trasverso, due pollici e nove linee.
E, F. Diametro obliquo dritto, due pollici e mezzo.
E', F'. Diametro obliquo sinistro, tre pollici.

TAVOLA XLIV.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



Figura prima. Questa rappresenta un bacino regolarmente conformato, nel quale trovasi un tumore fibro-cartilaginoso, bernoccolato, arrotondato, del diametro di due pollici e nove linee, sviluppato nelle parti molli dell'escavazione. In dietro aderisce debolmente alla faccia anteriore del sacro, si estende dalla sommità di quest'osso, quasi fino alla prominenza sacro-vertebrale, mentre la sua parte anteriore libera, arriva fino ad un pollice di distanza dal pube.

La parte del sacro sulla quale riposa, non ha subito alcuna alterazione, nè aderisce assai intimamente al periostio. Il sipario membranoso, che inferiormente ed a dritta chiude il bacino, è formato dal peritoneo, e dall'aponevrosi perineale superiore.

Figura seconda. Questa rappresenta la metà anteriore d'un bacino regolarmente conformato, e diviso dietro le cavità cotiloidee, in modo da presentare la sua faccia inter-

na ed anteriore. Quasi tutta l'escavazione è riempita da un gran tumore bernoccolato, irregolare, e sparso da un gran numero di scabrosità. Il suo gran diametro, situato verticalmente, ha quattro pollici e cinque linee. Aderisce alla parte inferiore della sinfisi del pube, alla faccia interna di quest'osso, alla parete cotiloidea dritta, alla branca discendente del pube, ed ascendente dell'ischio, di cui sorpassa per due pollici il bordo inferiore; infine una parte del tumore protubera attraverso il foro sotto-pubieno dritto.

L'osso iliaco non è, nè alterato, nè sformato; e malgrado la durezza del tumore, sembra chiaro, che questo non si sviluppò a spese dell'osso iliaco. La scabrosità della superficie sembra formata da materia calcarea, divisa in grossi granelli, cristallizzati ed uniti in massa da una sostanza organica fibrosa, e nell'insieme somiglia assai ad un esostosi.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 50).

TAVOLA XLV.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEL BACINO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



Figura 1. Metà dritta d'un bacino fratturato, e viziosamente consolidato.

L'osso iliaco che si fratturò all'infuori della sinfisi sacro-iliaca dritta, consolidandosi informemente ne venne l'accostamento della fossa iliaca all'osso sacro. In seguito tal difetto produsse l'infossamento della cavità cotiloidea, la cui parete interna formò tumore arrotondato e prominente circa un pollice e mezzo, talchè si accosta moltissimo alla prominenza sacro-vertebrale. Tali alterazioni produssero l'accorciamento delle dimensioni della metà dritta del bacino.

Figura 2. Bacino viziato per eccesso di ampiezza.

Figura 3. Circonferenza segnata a tratti dello stretto addominale del suddetto bacino.

A, B. Diametro sacro-pube, quattro pollici ed otto linee.
C, D. Diametro trasverso, cinque pollici e nove linee.
E, F. Diametri obliqui, cinque pollici.

Figura 4. Circonferenza segnata a tratti dello stretto perineale dell'istesso bacino.

A, B. Diametro pube-coccigeo, cinque pollici.
C, D. Diametro trasverso, quattro pollici e nove linee.
E, F. Diametri obliqui, cinque pollici.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 49 e 54.)

TAVOLA XLV.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

—•••••—

Figura 1. Utero bifido, o bilobato.

Questa figura rappresenta due uteri ben distinti l'uno dall'altro, e ben divisi nel corpo. Si accostano ed aderiscono fra loro verso il collo, ma ciascuno ha il suo orificio abbracciato dal rispettivo canale vaginale. La donna concepì la prima volta in un utero, e nel primo parto lacerossi il sipario che divideva in due la vagina, non restando ora che una piccola bandelletta verso la parte superiore dell'organo, e la cicatrice. La seconda gravidanza ebbe luogo nell'altro utero, e la donna morì di metroperitonite epidemica, nel corso del puerperio.

Figura 2. Utero didelfo-bilobato di delle Chiaie.

- A. Uretra recisa.
- B. Meato orinario.
- C, C. Orifici vaginali ciascuno col rispettivo imene.
- D, D. Grinze vaginali.
- E, E. Orifici uterini, ciascuno abbracciato dalla propria vagina.
- F. Spazio che separa le due vagine, imbottito di cellulare.
- G. Ingrossamenti anormali della tromba dritta.
- H. Padiglione imperfetto della stessa.

Figura 3. Questa mostrà la parte superiore delle due vagine a, a, e le cavità dei due uteri aperti.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 73, 83 e seguenti).

TAVOLA XLVII.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINEI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

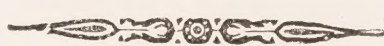


Figura 1. Arrovesciamento della vagina con allungamento ed ipertrofia dell' utero.

- A, A. Superficie della vagina arrovesciata e sporgente tra le grandi labbra, ricoperta di grossa epidermide.
- B. Placche irregolari formate da maggiore ingrossamento dell' epidermide, sulla parete posteriore dell' organo.
- C. Muso di tinca sul quale manifestamente si prolunga l' epidermide, ed ove va terminando in un bordo dentellato.
- D. Collo dell' utero in forma di lungo canale, molto rammollito e assai assottigliato nelle sue pareti.
- E. Lacune esistenti nella superficie interna del collo, affatto simili a quelle della porzione spongiosa dell' uretra virile, cui in qualche modo somiglia il suddetto canale.
- F. Cavità del corpo dell' utero.
- G, G, G, G. Tumori fibrosi d' ineguale volume, sviluppati nelle pareti dell' utero, che vedonsi ingrossate, ipertrofizzate e vascolari come nella gravidanza.
- H. Tumore che occupa il fondo dell' utero, assai più grosso dei precedenti, ma del resto anch' esso come quelli sviluppato nella spessezza delle pareti dell' organo.
- I, I. Vasta ciste sierosa, sovrapposta al suddetto tumore, del quale vedesi in essa ed a nudo la sostanza a trama.

Figura 2. Prolasso d' utero con arrovesciamento completo di vagina.

- A. Tumore in forma cilindrica, risultante dall' utero e dalla vagina protrusi.
- B. Muso di tinca, cui vedesi dappresso e indietro un' escara superficiale.
- C. Meato urinario sotto al quale vedonsi tubercoli spetanti all' orificio vaginale.
- D, D. Superficie interna delle grandi e piccole labbra, che senza linea di demarcazione si continua colla parte superiore della superficie della vagina arrovesciata, coperta da epidermide d' uniforme grossezza, e non disposta a placche.

Figura 3. L' istesso tumore aperto dalla parte posteriore, e coll' utero ridotto.

- A, A. Diametro verticale dell' utero assai allungato.
- B. Stringimento, o strozzamento della parte media dell' organo.
- C. Infossamento del bordo superiore dell' utero, prodotto da incipiente introversione del suo fondo, per cui prende l' aspetto d' un utero bifido.
- D, D. Corpo dell' utero e parte inferiore del suo collo, assai sviluppati, a causa del rammollito tessuto.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 78, 89, e seguenti.)

TAVOLA XLVIII.

VIZI DI CONFORMAZIONE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Figura 1. Ernia crurale dell'utero.

- A. Corpo dell'utero protruso, e con incisione verticale aperto in tutta la lunghezza, dalla sua faccia posteriore.
- B. Arcata crurale, sotto la quale, ed attraverso l'anello dell'istesso nome, passa l'organo protruso.
- C. Corpo ovoidale che mostra esattamente la struttura dell'ovaia, appeso ad un cordone che parte dall'angolo sinistro dell'utero.
- D. Altro cordone che parte dall'angolo dritto, e che termina in una specie di rigonfiamento cavo, da Cruveilhier creduto il padiglione della tromba, così formato per vizio congenito, non avendo potuto trovare in esso alcun vestigio di ovaia.

Figura 2. L'istessa ernia dell'utero veduta dall'interno del bacino.

- A, A. Parete anteriore del bacino segata a dritta nella branca orizzontale del pube, a sinistra nell'osso iliaco.
- B. Vescica restata in sito, dietro la sinfisi pubiana, malgrado lo spostamento dell'utero.
- C, C. Muscoli retti dell'addome.
- D, D. Diametro verticale dell'utero notabilmente allungato.
- E. Vagina dalla parte posteriore aperta in tutta la sua lunghezza.

Figura 3. Questa mostra il notato allungamento del corpo e collo dell'utero, ciò che spiega come l'ernia veniva costituita solamente dal corpo dell'organo. Il suo tessuto è notabilmente rammollito, l'orificio ristretto, e di figura circolare, come suol essere nelle donne che non mai hanno avuto figli, circostanza che può avere rapporto col presunto vizio delle trombe e delle ovaie.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 96 e seguenti)

TAVOLA XX.

MALATTIE DEGLI ORGANI GENITALI FEMMINI.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



Figura 1. Ciste pelosa dell'ovaia destra, in rapporto coll'utero per mezzo della tromba.

- A, A. Ciste pelosa che contiene una sostanza grassosa e giallastra, nella quale scorgonsi dei peli.
- B. Padiglione della tromba corrispondente all'estremità interna della ciste.
- C. Arterie ovariche flessuosissime, come le altre del fondo e corpo dell'utero a, a, a.
- D. Utero rimarchevole per la sua forma.
- E. Strozzamento dell'organo nel punto di riunione del collo al corpo.
- F. Muso di tinca alterato nella sua forma e quasi scancellato come si osserva spesso nelle donne di avanzata età.
- G. Orificio offerto dal muso di tinca, che terminasi nel cul di sacco rappresentato dalla fig. 2.

Figura 2. L'istesso utero aperto per mostrare l'orificio vaginale del collo dell'utero G, obliterato, e la cavità dell'organo iniettata, dilatata e contenente una mucosità sanguinolenta, b, cosa frequente ad osservarsi in seguito alla ritenzione dei mucchi uterini.

Figura 3. Massa di peli contenuti nella ciste A A della fig. 1, in mezzo alla già notata sostanza grassosa, della quale fu facile sbarazzarli, immergendoli nell'olio essenziale di terebentina.

Figura 4. Frammento delle pareti della suddetta ciste, di natura fibrosa, dalla cui faccia interna nascono alcuni peli.

- A. Placca ossea.
- B. Piccolo tumore dal quale nascono peli, peduncolato, crivellato da tanti fori, e presentante i caratteri del tessuto cutaneo, nella cui più interna parte esistea una specie di nucleo amorfo, senza trovarsi niuna traccia di denti in qualunque sua parte.

Figura 5. Ciste pelosa dell'ovaia sinistra, assai grossa, ripiena di sostanza grassosa, a colore e consistenza del burro fuso, ed a contatto con un gruppo di peli.

- A, A. Massa pelosa ovoide, formata da capelli di straordinaria lunghezza, fra loro intracciati, e come infeltriti.
- B. Traccia per la quale la suddetta massa attaccasi alle pareti della ciste.
- C, C. Tumori crivellati da fori circonvicini alla parte della ciste, d'onde nasce la suddetta traccia.
- D, D. Estremità inferiore d'uno de'suddetti tumori biforcata e rivestita da guaine di sostanza cornea.
- E. Specie di briglia sulla quale prolungasi il tessuto cutaneo che come nella 4.^a figura, facilmente qui si riconosce.
- F. Tessuto areolare contenente sostanza gelatinosa, disposizione che ricorda quella di un gran numero di cisti ovariche uniloculare, che sopra uno dei punti delle loro pareti presentano l'ovaja appianata, e come trasformata in un tessuto areolare.

Figura 6. Questa rappresenta la briglia E. e la traccia dei capelli B. dimostrati nella figura precedente, e qui visti sotto un altro aspetto.

Figura 7, 8. Queste rappresentano la parte del tumore, donde partiva la detta traccia, dissecata con incisione longitudinale, che in mezzo ad un strato di tessuto adiposo, tanto denso che raddoppiava la pelle, mostrò quanto appresso: cioè

- A, A. Massa ossea di forma irregolare, le cui parti sono continue e come saldate insieme.
- B, B. Piccolo avanzo osseo contenuto nella sostanza cornea
- D, D. Espressata nella figura 5.
- C. Dente molare.
- D. Dente canino. Sicchè la figura 8, rappresenta, sotto altro punto di vista, il piccolo scheletro che vedesi meno distintamente nella figura 7.

TAVOLA I.

MALATTIE DEL PRODOTTO DELLA CONCEZIONE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

La figura prima di questa tavola, mostra la deformazione d'una placenta in mola idatidica, cui tolto lo strato superficiale, formato da una membrana bianca, rugosa, molle, avente tutti i caratteri della superficie placentare, quantunque senza cotiledoni, si sono mostrate un gran numero d'idatidi, di variabile grossezza e figura. Queste allontanate, si giunse ad una membrana trasparente, che è il corion, assai tenue ed intimamente unita all'amnios. Incisa questa, si è presentato un gran sacco, e un piccolo corpo ricurvato sopra sè stesso, più voluminoso ad una estremità che all'altra, che come vedesi è un feto. Sta appeso ad un cordone che nasce da uno dei bordi dell'incisione, e senza dubbio è il suo cordone ombelicale. La seconda e terza figura rappresentano due placente con dei focolari sanguigni.

Figura 1. Mola idatidica o vessicolare.

- A, A, A, A. Idatidi scoperte dopo tolta la membrana avente i caratteri della superficie della placenta.
- B. Superficie esterna del corion, dalla quale nascevano le suddette idatidi.
- C. L'istessa membrana staccata dall'amnios.
- D, D. Incisione della membrana amnios.
- E. Piccolo feto che sembra di cinque a sei settimane, quantunque vi fossero probabilità, che la donna trovavasi gravida da sette mesi.
- F. Cordone ombelicale, che nasce da uno dei bordi dell'incisione fatta sulla membrana amnios.

Figura 2. Placenta d'un feto espulso dall'utero, 15 giorni circa dopo la sua morte.

- A, A, A. Superficie uterina della placenta, di cui l'aspetto levigato e biancastro, indica che da più tempo trovavasi staccata dall'utero.
- B, B. Focolari apoplettici, assai estesi, esistenti nella sua grossezza, e formati da differenti strati di sangue coagulato e di colore diverso; e ciò mostra, che la loro formazione rimonta ad epoche diverse.

Figura 3. Sezione di altra placenta, come la precedente sparsa di focolari sanguigni, a, a, a, e la cui disposizione a strati b, b, b, b, indica la successiva loro formazione ad epoche diverse.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 197 e seguenti.)

TAVOLA XX.

MALATTIE DEL PRODOTTO DELLA CONCEZIONE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Questa tavola rappresenta due feti con placenta comune, inegualmente sviluppati, ed espulsi a sei mesi d'una gravidanza bigemina. L'ineguale loro sviluppo, potrebbe indurre i poco accorti, a tener questo fatto come prova di superfetazione; ma l'unica placenta, l'esame anatomico, e i fatti commemorativi della gravidanza, dissipano ogni dubbio.

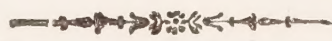


Figura 1. Atrofia d'una porzione della placenta: difetto di sviluppo ed essiccazione del feto corrispondente: stato normale del resto della placenta, e dell'altro feto.

- A. Feto mostrante l'età di tre mesi circa, ma nello stato di essiccazione, indizio di morte da lungo tempo accaduta.
- B. Cordone ombelicale essiccato, come il feto cui appartiene.
- C, C. Placenta atrofizzata, nella quale s'impianta il suddetto cordone ombelicale. La superficie uterina di questa parte della placenta, mostra che da più tempo trovavasi staccata dall'utero; il suo tessuto è compatto, giallastro, e d'aspetto tubercoloso.
- D. Feto di circa sei mesi regolarmente sviluppato.
- E. Suo cordone ombelicale.

F, F. Placenta ove s'impianta l'or detto cordone ombelicale, normalmente sviluppata: e ciò mostra che nel caso di gravidanza bigemina, con unica placenta, i due feti, sotto il rapporto della nutrizione, sono indipendenti l'uno dall'altro. Mostra dipiù, che una porzione della placenta, o una metà può staccarsi dall'utero indipendentemente dall'altra, e in tal caso la gravidanza può pur giungere al suo termine.

Figura 2. Questa mostra una sezione praticata ad un tempo sulla porzione sana, F. F. e sulla malata C, C, della placenta per valutare la differenza di grossezza di queste parti, e i focolari di sangue concreto esistenti nella porzione malata.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2, pag. 122, 123, 197, e seguenti.)

TAVOLA LXX.

PRESENTAZIONI ANORMALI. LATO DRITTO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

Figura 1. Prima posizione della spalla e del braccio dritto (*acromio-ilio sinistro*).

La testa del feto e l'acromio della sua spalla dritta sono in rapporto colla fossa iliaca sinistra; le natiche corrispondono alla fossa iliaca dritta, sia che il braccio trovasi o no uscito dalla vulva. Il ventre del feto guarda la parete posteriore dell'utero, il dorso la parete anteriore, ma or più or meno inclinato in avanti.

Figura 2. Seconda posizione della spalla e del braccio dritto: (*acromio-ilio dritto*).

La testa del feto riposa sulla fossa iliaca dritta, cui corrisponde l'acromio dritto; le natiche sono in alto ed a sinistra, i piedi or più or meno inclinati in avanti.

N. B. Sia qualunque la parte del lato dritto che si presenta, i rapporti generali del feto, sono sempre quelli testè cennati, colla sola differenza, che le natiche ed i piedi si troveranno tanto più alti della testa, quanto il punto che si presenta è a questa più vicino, e viceversa.

Dipiù, i rapporti generali del feto nella prima posizione della spalla sinistra, sono eguali a questi della dritta, e quelli della seconda sinistra agli altri della seconda dritta, colla sola differenza che nella prima del lato dritto il ventre sta verso dietro, e in quella del sinistro si troverà in avanti, e viceversa nella seconda, come si vedrà più appresso. Dunque per non moltiplicare le tavole senza necessità, ci limitiamo a rappresentare queste sole due posizioni, per tutto ciò che riguarda i lati del feto.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. Sez. 2. Cap. 3.)

TAVOLA LXX.

PRESENTAZIONI ANORMALI, SUPERFICIE ANTERIORE E POSTERIORE DEL TRONCO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

Figura 1. Prima posizione dell'addome, o cefalilio sinistro.

L'estremità cefalica è a sinistra e verso il fondo dell'utero, colla testa forzatamente rovesciata sul dorso. Le braccia e la regione toracica, riposano sulla fossa iliaca sinistra, e l'addome si presenta al centro dello stretto superiore. L'estremità pelvica è a dritta, e riposa sulla fossa iliaca di questo lato, i piedi trovansi al fondo dell'utero ed a contatto colla testa, sicchè tale attitudine del feto basta a persuaderci, che le presentazioni della superficie anteriore del suo corpo, e specialmente dell'addome, non è probabile che giammai fossero state osservate in natura.

Figura 2. Seconda posizione del dorso, o cefalilio dritto.

L'estremità cefalica sta a dritta della donna, e verso il fondo dell'utero; la pelvica a sinistra, e riposa sulla fossa iliaca di questo lato: la regione lombare del dorso sta quasi al centro dello stretto addominale.

L'attitudine del feto in questa posizione è naturale; ma mostra quanto è facile nel travaglio ad avanzarsi ed impegnarsi la parte più prominente del suo corpo, e più vicina al centro dello stretto, che son le natiche. Avverrebbe lo stesso della testa, se il feto presentasse la regione delle spalle, o del collo: però in quest'ultimo caso, sarebbe pur possibile che s'impegnasse la protuberanza della spalla.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 227, e seguente.)

TAVOLA LIV.

PARTO ARTIFICIALE. VERSIONE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE. (OCCIPITO—ILIO SINISTRO)

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

In tutti i casi in cui si reputerà necessario operare la versione, si comincerà dal situare la donna convenevolmente. La mano libera, ossia che non dovrà andare in cerca dei piedi, si poggerà sul ventre della donna, e sul fondo dell'utero, onde fissarlo e spingerlo in basso, per facilitare all'altra mano introdotta nell'organo, la presa dei piedi. Però noi mostreremo, che la scelta della mano non è di assoluta necessità, ma quando si può, è sempre meglio il farlo.

Figura 1.

Primo tempo. In questa posizione, come in qualunque altra in cui l'occipite sta a sinistra, s'introduce a dritta della donna la mano sinistra, nello stato di semipronazione, ossia col dorso verso la parte dritta e posteriore del bacino, e tanto più accostata alla sinfisi sacro-iliaca dritta, quanto più l'occipite del feto trovasi in avanti. Giunti alla testa, poggiando il pollice sulla tempia e la protuberanza parietale destra, e le altre dita, più o meno scostate, sulla faccia e la tempia del lato opposto, la si abbranca con tutta la mano, e la si spinge in alto ed a sinistra, rigettandola, per quanto è possibile, sulla fossa iliaca sinistra.

La mano dritta, seguendo le stesse regole, ma in forzata supinazione, potrebbe eseguire altrettanto: però in tal caso il pollice poggerebbe a sinistra della testa, le altre dita a dritta.

Figura 2.

Secondo tempo. Allontanata la testa dal centro del bacino, scansando il piano anteriore del feto, per non confondere le membra toraciche colle pelviche, si scorre la mano lungo il lato sinistro del feto. In questo tempo, sulle prime la superficie palmare della mano, e in seguito dell'avanbraccio, sostengono la fronte, ed impediscono che la testa tornasse a scendere nello stretto.

Contemporaneamente la mano applicata sull'addome, deve procurare di accostare, quanto è necessario e possibile, il fondo dell'utero a dritta, onde agevolare la presa dei piedi alla mano intromessa nell'utero per cercarli.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatori. *Versione*.)

TAVOLA LV.

PARTO ARTIFICIALE, VERSIONE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE (OCCIPITO—ILEO SINISTRO)

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

Figura 1.

Terzo tempo. La mano dell'operatore ha raggiunto i piedi del feto, e siccome non è sempre facile afferrarli entrambi, ha scelto quello corrispondente alla parete posteriore dell'utero, che dovrà sempre preferirsi, e l'ha condotto in vagina ove vien fissato con laccio.

Ciò fatto, colla stessa mano nuovamente introdotta nell'utero, scorrendo lungo la parte interna del membro svincolato, si va in cerca dell'altro piede, che si afferra e si conduce vicino al primo, per tirarli insieme.

Figura 2.

Terzo tempo (*bis*). La mano dell'operatore ha potuto afferrare tutti due i piedi del feto; ed ora, estendendo le gambe sulle cosce, comincerà il movimento di *versione*.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatori. *Versione*.)

TAVOLA LVV.

PARTO ARTIFICIALE, VERSIONE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE (OCCIPITO—ILIO SINISTRO).

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

Figura 1.

Quarto tempo. La mano dell'operatore giunse ad afferrare i due piedi; passò l'indice fra essi all'insopra dei malleoli interni, si poggiò il pollice sul malleolo esterno del piede dritto, il medio sull'esterno del piede sinistro, in modochè i talloni son contenuti nella palma della mano. Ora nell'intervallo che passa d'una doglia all'altra, l'operatore eseguisce il movimento di versione, in virtù del quale la testa del feto deve portarsi verso il fondo dell'utero, e i piedi all'orificio. Si cercherà intanto di condurre gradatamente il dorso del feto a dritta ed in avanti, tirando colla mano sempre in semipronazione, dall'istante che afferrati i piedi, cominciò il movimento di versione.

Figura 2.

Quinto tempo. Usciti i piedi dalla vulva, si afferra la gamba dritta colla mano dritta, colla sinistra la gamba sinistra, e si tireranno con movimento d'avanti in dietro, da destra a sinistra; cioè, a misura che si tirano le gambe e le cosce, si spingeranno gradatamente, la gamba dritta a sinistra della donna e verso dietro, mentre si tira la gamba sinistra in avanti ed a sinistra della donna, per facilitare il passaggio delle natiche attraverso lo stretto addominale.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2 processi operatorî. *Versione*)

TAVOLA LVIII.

PARTO ARTIFICIALE. VERSIONE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE. (OCCIPITO-ILIO SINISTRO).

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

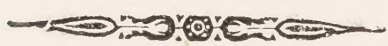


Figura 1.

Sesto tempo. Tirando come dicemmo nella esposizione del quinto tempo, le natiche del feto sorpassarono gli stretti del bacino, e sono già fuori della vulva. Ora l'ostetrico le afferra con ambe le mani, poggiando i pollici sul sacro, e stendendo le altre dita sulla parte anteriore delle cosce, in modo che gl'indici trovansi paralleli alle branche orizzontali del pube, su cui poggiano, onde non comprimere i visceri addominali del feto.

Così afferrate le anche, si faranno leggiere trazioni, spingendo il tronco del feto, successivamente ed alternativamente, or verso sinistra ed in avanti della donna, ora verso la parte posteriore della sua coscia dritta.

Figura 2.

Settimo tempo. L'ombelico del feto ha sorpassato la vulva; ed ora, prima di più inoltrare, secondo il savio consiglio di Levret, conviene occuparsi del cordone ombelicale. A tale oggetto, la mano sinistra poggiata sul lato sinistro del feto, sostiene e solleva il suo tronco, mentre il dito medio e l'indice della mano destra, poggiati sul cordone, vicino all'ombelico, lo tirano in fuori abbastanza, per evitare la sua stiratura, od anche lo svellimento dello stesso, accidente che potrebbe accadere durante l'estrazione del resto del tronco.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatorî. *Versione*)

TAVOLA LVIII.

PARTO ARTIFICIALE. VERSIONE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE (OCCIPITO-ILIO SINISTRO.)

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

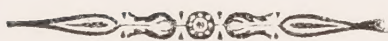


Figura 1.

Ottavo tempo. Quasi tutto il tronco del feto è fuori del bacino della donna, meno le spalle e le braccia. Per compiere dunque l'estrazione di queste parti, la mano dritta dell'operatore afferra il lato sinistro del feto: col l'avanbraccio sostiene il tronco, lo solleva e lo tira quanto più è possibile verso avanti ed a sinistra della donna, mentre l'indice ed il medio della mano sinistra, strisciando lungo la parte posteriore e laterale sinistra del torace del feto, vanno ad abbassare la spalla sinistra, e a svincolare il braccio corrispondente, che trovasi rilevato verso la parte sinistra della testa del feto, quasi in direzione della sinfisi sacro-iliaca destra.

Figura 2.

Nono tempo. Il braccio sinistro è già svincolato, e sta in direzione parallela del lato sinistro del feto, di cui il tronco, in questo nono tempo, fù già abbassato e portato in dietro ed a dritta della donna, quanto più è stato possibile. La mano sinistra dell'operatore sostiene il corpo del feto nell'esposta posizione, mentre l'indice ed il medio della mano dritta, introdotti dietro la branca orizzontale sinistra del pube, e ricurvati in forma di uncino, devono successivamente abbassare e svincolare, la spalla ed il braccio dritto.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatori. *Versione*)

TAVOLA LIX.

PARTO ARTIFICIALE. VERSIONE NELLA PRIMA POSIZIONE DEL VERTICE. (OCCIPITO-ILIO SINISTRO).

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

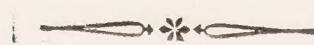


Figura 1.

Decimo tempo. Le braccia sono già svincolate, ed ora si procede all' estrazione della testa. A tale oggetto l' operatore passa la mano e l' avanbraccio dritto tra le cosce del feto, e così ne sostiene il tronco e lo solleva fortemente verso il ventre della madre, mentre che colla mano sinistra introdotta nell' escavazione pelviena, va ad afferrare la faccia del fanciullo che è diretta verso il lato sinistro del bacino, per condurla nella concavità del sacro.

Figura 2.

Undecimo tempo. La faccia del feto è già nella concavità del sacro, la parte anteriore del torace, riposa sulla faccia palmare della mano sinistra, di cui l' indicatore sta nella bocca, per accostare la testa al petto, e mantener la flessione. La mano destra situata sul dorso, stende il dito medio sulla parte inferiore dell' occipite, per coadiuvare la flessione della testa, mentre l' indice e l' anulare, son piegati sulle spalle in forma d' uncini. Ora il tronco del bambino sarà spinto di basso in alto, da dietro in avanti, fino ad esser riversato sul ventre della madre, mentre che la faccia, la fronte e tutto il resto della sommità della testa, percorreranno successivamente la curvatura del sacro, il coccige, il perineo, ed usciranno dalla vulva.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatori. *Versione*)

TAVOLA LX.

PARTO ARTIFICIALE. VERSIONE NELLA SECONDA POSIZIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO DITTO, (CEFALO-ILIO DESTRO.)

(GRANDEZZA SEMINATURALE)

Figura 1.

Primo tempo. Un nastro fu applicato al braccio del feto che sta fuori della vulva ; e questo nastro, come vedremo, servirà a ricondurre sul lato del tronco, il membro legato, quando i piedi saranno stati svincolati, ed il movimento di versione completato.

Intanto la mano dritta, introdotta verso il lato sinistro del bacino, afferra il lato dritto del torace del feto, in guisa che il pollice corrisponde alla sua parte anteriore ; lo solleva e lo allontana dallo stretto addominale, onde poter strisciare tra questo lato del feto e la superficie interna dell'utero, per arrivare successivamente alle natiche, ed ai piedi.

Durante tutto questo tempo, la mano sinistra dell'operatore applicata all'esterno sul fondo dell'utero, lo spingerà in basso, per accostare i piedi del feto, quanto più sarà possibile, alla mano dritta che li cerca per afferrarli.

Figura 2.

Terzo tempo. La mano dell'operatore giunse ad afferrare i piedi del feto, nel modo che mostreremo nella tavola seguente, e che come diremo costituisce il secondo tempo. Dopo ciò, in questo terzo tempo comincia il movimento di versione, in virtù del quale, i piedi del feto vengon condotti alla vulva, mentre l'avanbraccio e la mano che eran fuori usciti, rimontano un poco, e tendono a rientrare nei genitali della donna.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatori. *Versione*)

TAVOLA LXX.

PARTO ARTIFICIALE. VERSIONE NELLA SECONDA POSIZIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO SINISTRO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



Figura 1.^a

Secondo tempo. In questa seconda posizione della spalla e del braccio sinistro, completato il primo tempo colla mano sinistra, nell'istesso modo che la dritta lo eseguì nella seconda posizione della spalla e del braccio dritto, si giunge ai piedi, si afferrano e si esegue il movimento di versione, ossia il terzo tempo, nel modo che dimostrammo nella seconda posizione della spalla e del braccio dritto.

Figura 2.^a

Quarto tempo. Il terzo tempo, ossia il movimento di versione che vedemmo cominciato nella tavola precedente, è ora terminato; i piedi sono alla vulva, e l'operatore tenendoli sempre con una mano, coll'altra, per accostare al corpo del feto il braccio già rimontato e nascosto negli organi genitali, afferra il laccio che fu applicato sul polso, e lo tira: quindi termina il resto del parto, come dimostrammo nella tavola 56 e seguenti.

(*Ved. Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. processi operatori. *Versione*)

TAVOLA LXII.

PARTO ARTIFICIALE, APPLICAZIONE DEL FORCIPE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



La branca maschio o sinistra del forcipe, che si dimostra colla figura I^a, è già applicata verso il lato sinistro della donna, e nella Figura II.^a si vede sostenuta dalla mano A di un assistente. Ora l'operatore colla mano dritta B, prende la branca femmina o dritta, e la presenta al lato dritto dell'entrata della vulva, ed al di sopra della branca sinistra già applicata. Intanto le tre dita della mano sinistra C, situati tra il lato destro della vulva e la testa del

feto, servon di guida al cucchiaino del forcipe, che penetra in vagina, come le tre dita della mano dritta, serviron di guida all'applicazione dell'altra branca.

Applicate le due branche, si riuniranno, facendo passare, e girando il perno dell'una nell'apertura dell'altra. Così serrate le branche, per renderle più ferme, si passerà un nastro attorno al manico, nel punto in cui le branche si terminano ad uncino.

(Ved. *Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 304, 307, e seguente.)

TAVOLA LXIII.

PARTO ARTIFICIALE. APPLICAZIONE DEL FORCIPE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).

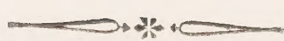


Figura 1.^a

Il forcipe è già applicato : le due branche sono riunite: la testa è convenevolmente afferrata dai cucchiali del forcipe, solidamente fermati dal perno e dal nastro passato attorno al manico. L'operatore ha preso lo strumento, colla sinistra nel punto d' unione delle due branche, colla dritta nell' estremità dei manichi ed all' insotto degli uncini, ed ora tira in fuori, movendo lo strumento da sinistra a destra, e viceversa, finchè l' occipite sorpassa lo stretto inferiore.

Figura 2.^a

Tostochè l' occipite ha sorpassato l' arco del pube, l' operatore continuando a tirare come avanti dicemmo, rileva gradatamente i manichi del forcipe verso il ventre della donna. In tal modo la testa ha eseguito un movimento di estensione, in virtù del quale l' occipite del feto rimontò sul davanti della sinfisi del pube, mentre la fronte, gli occhi, il naso, la bocca, il mento strisciano sulla commessura posteriore della vulva, e la sorpassano.

(*Ved. Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 308.)

TAVOLA LXIV.

PARTO ARTIFICIALE. APPLICAZIONE DEL FORCIPE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)

La testa del feto ancora non ha eseguito il movimento di rotazione, in virtù del quale l'occipite giunger deve dietro la sinfisi del pube, ma conserva tuttavia la direzione obliqua, e quindi si trova in corrispondenza della cavità cotiloidea sinistra. Ad evitare quindi che la branca femmina, applicandola a destra e di lato, appoggiasse sulla faccia del feto, si è applicata in avanti ed a dritta del bacino, in direzione della cavità cotiloidea di questo lato, e la branca maschio a sinistra ed in dietro, in direzione della sinfisi sacro-iliaca sinistra. Così applicato il forcipe, e riunite le due branche,

il perno dello strumento si trova in direzione dell'inguine sinistra della donna. Per imprimere alla testa del feto il movimento di rotazione che non ancora è completato, si afferra il manico del forcipe, e con movimento di torsione da dietro in avanti, da sotto in sopra, da sinistra a destra, si riduce il suo perno in direzione della sinfisi del pube, segno certo che la testa ha già eseguito il movimento di rotazione, ed ora il parto si termina come avanti dicemmo.

(*Ved. Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 309, e seguenti.)

TAVOLA LXV.

PARTO ARTIFICIALE. APPLICAZIONE DEL FORCIPE.

(GRANDEZZA SEMINATURALE).



La testa del feto si trova allo stretto addominale, coll'occipite al di sopra della sinfisi pubiena, colla fronte all'innanti della prominenza sacro-vertebrale, ed è stretta tra le branche del forcipe già applicato. L'operatore prende lo strumento, situando la mano dritta al di sopra degli unci-

ni, la sinistra al di sotto delle branche, ed al di sopra del perno. Questa ha esteso il dito indice nell'intervallo dei cucchiari, e con esso tocca la sommità della testa del feto, per esplorare se ubidisce alle trazioni, ed ai diversi movimenti che le saranno comunicati collo strumento.

(*Ved. Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 310.)

TAVOLA LXVII.

PARTO ARTIFICIALE. APPLICAZIONE DEL FORCIPE DOPO USCITO IL TRONCO.

(GRANDEZZA SEMINATURALE.)



Figura 1.^a

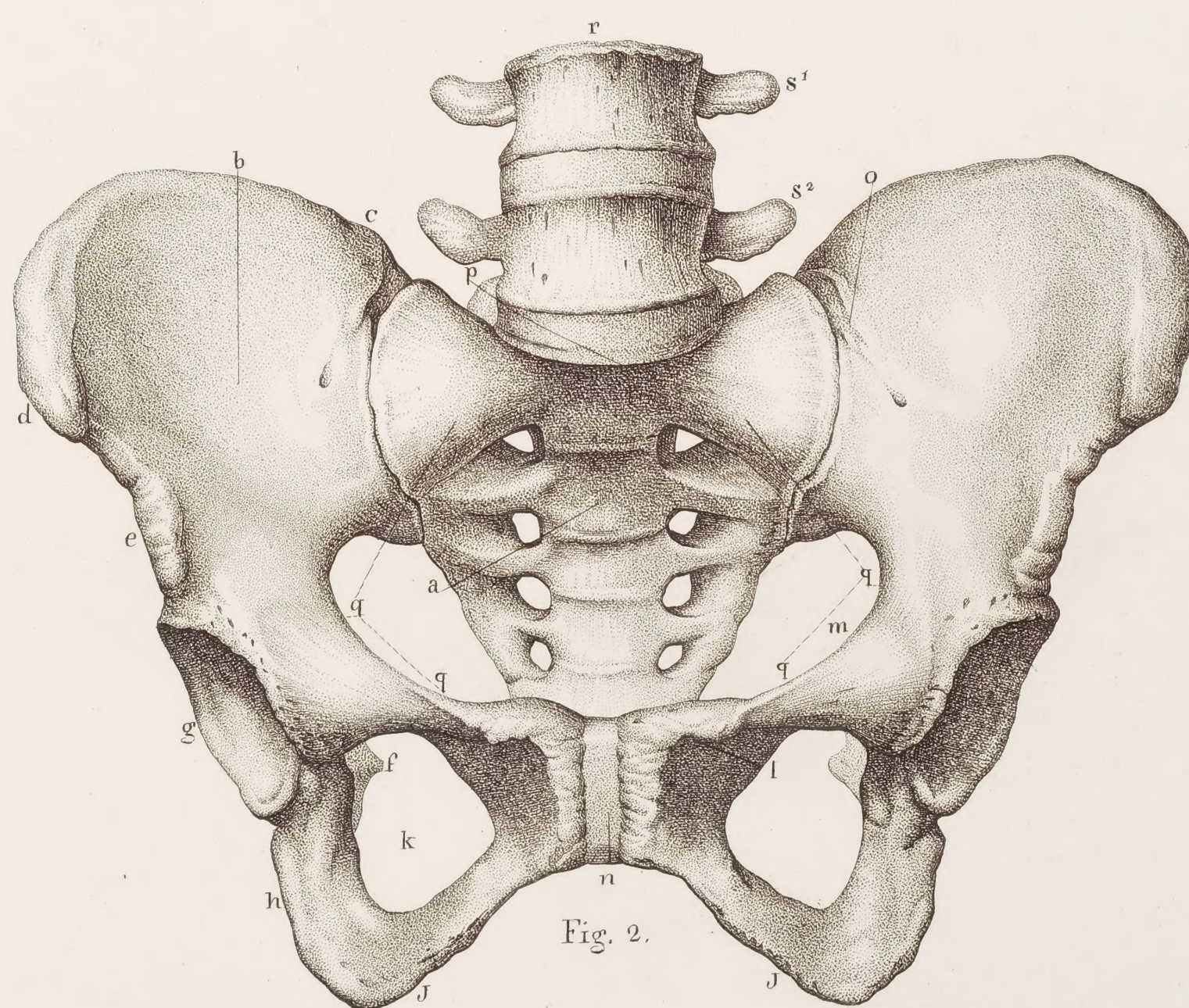
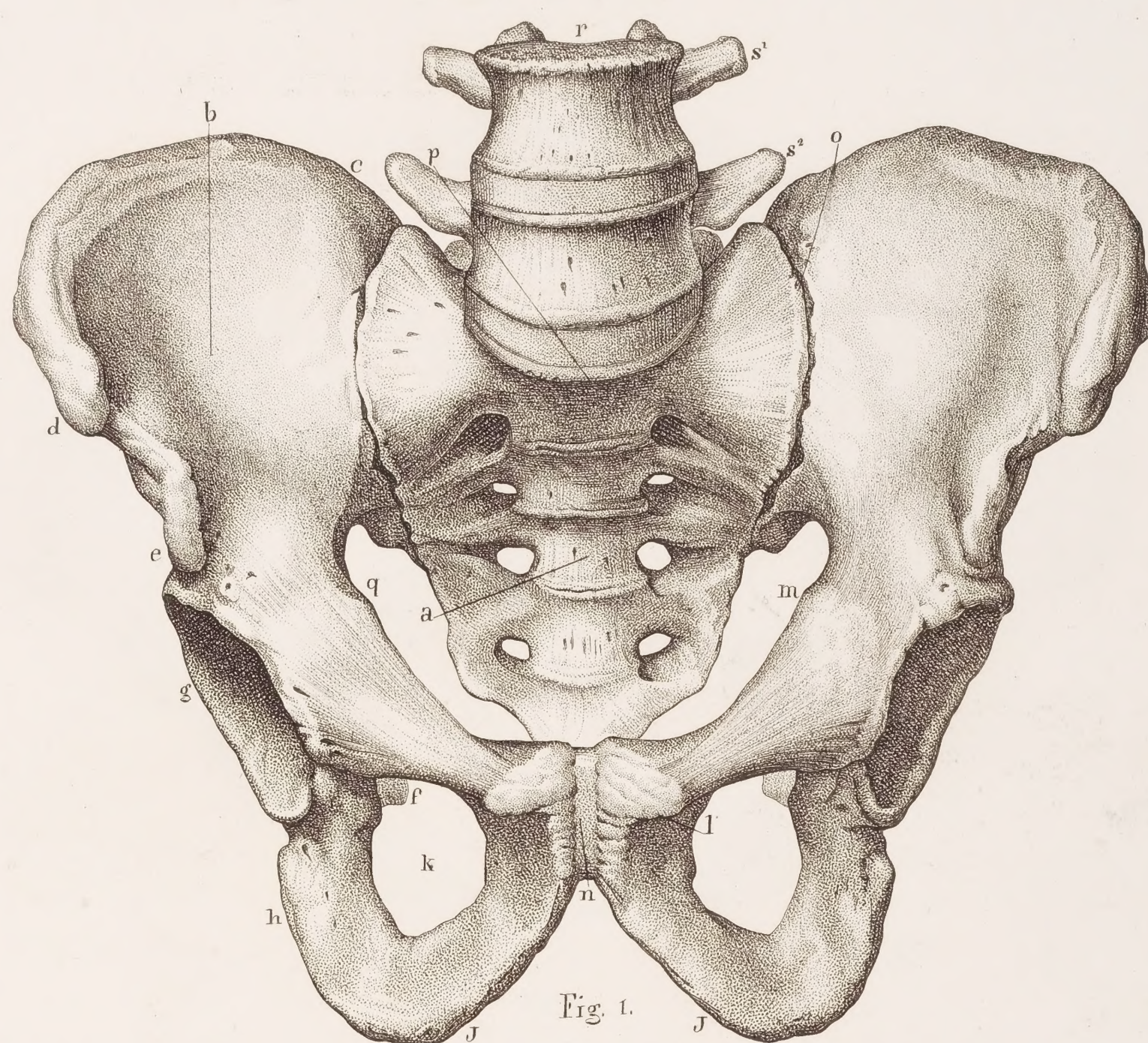
Il corpo del feto è fuori della vulva. La testa trovasi nell'escavazione pelviena colla faccia nella concavità del sacro, e l'occipite dietro la sinfisi del pube. Per render più facile l'applicazione del forcipe, si accostarono le braccia alle parti laterali del tronco del feto, e si rialzò verso il pube della donna.

Figura 2.^a

Il corpo del feto è fuori della vulva, come nel caso precedente, ma la testa è ancora nello stretto addominale, colla faccia dietro e sopra del pube, coll'occipite avanti la prominenza sacro-vertebrale. In questo caso dunque, per facilitare l'applicazione del forcipe, il tronco del feto, colle braccia accostate ai suoi lati, fu abbassato fortemente sul perineo della donna.

(*Ved. Ostetricia Teorico-pratica* vol. 2. pag. 312, e seguente.)

FINE DELL' ILLUSTRAZIONE DELLE TAVOLE.



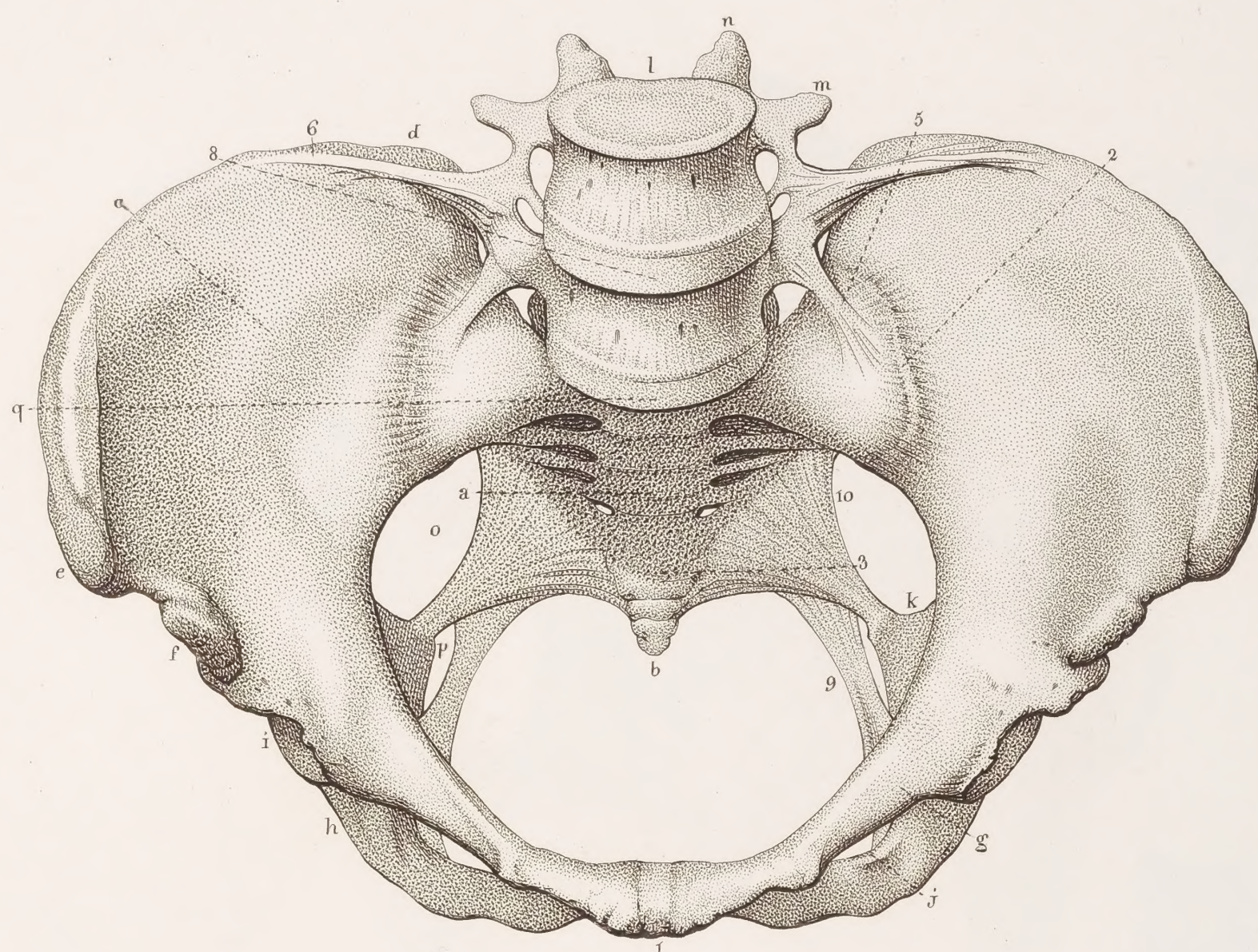


Fig. 1.

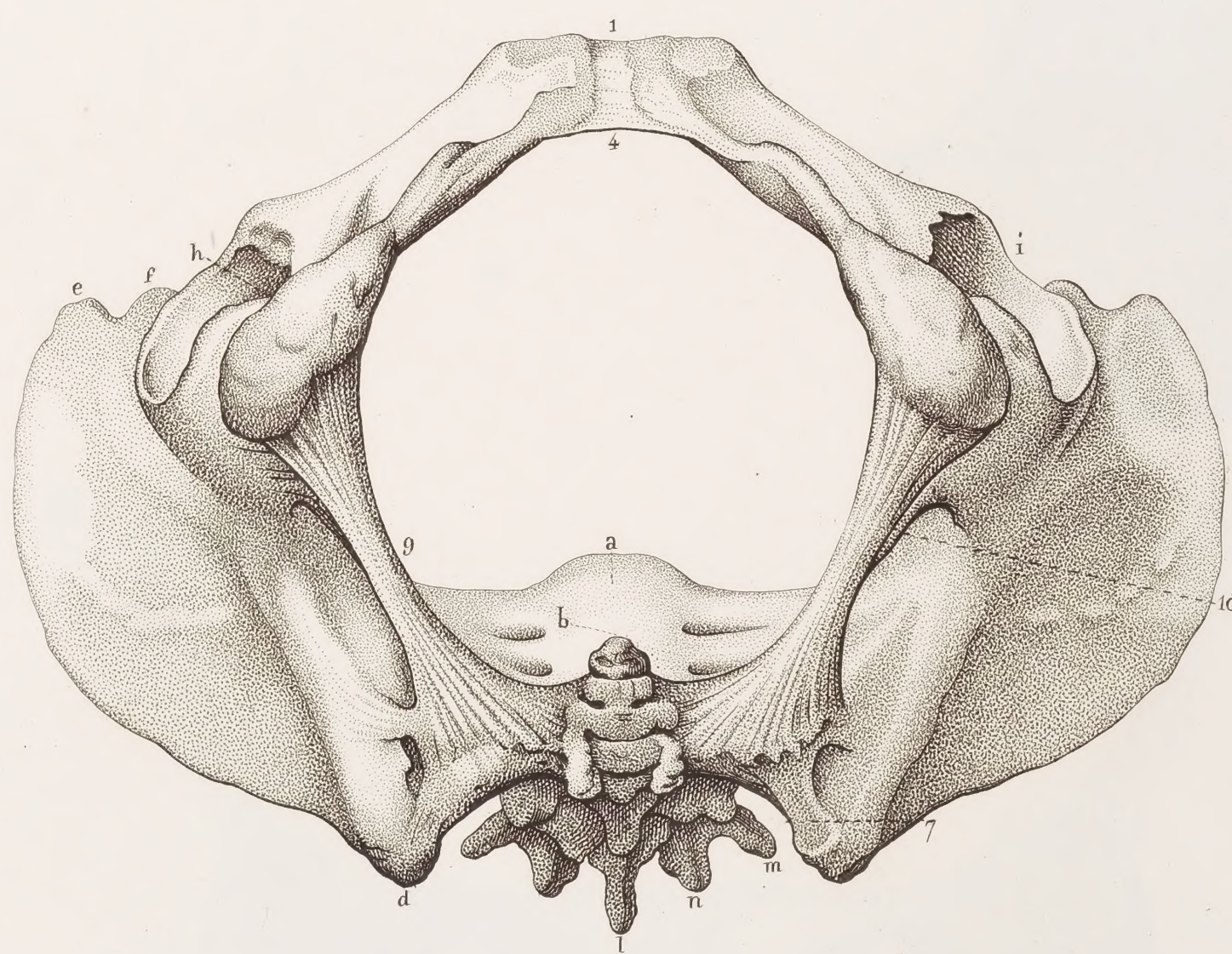


Fig. 2.

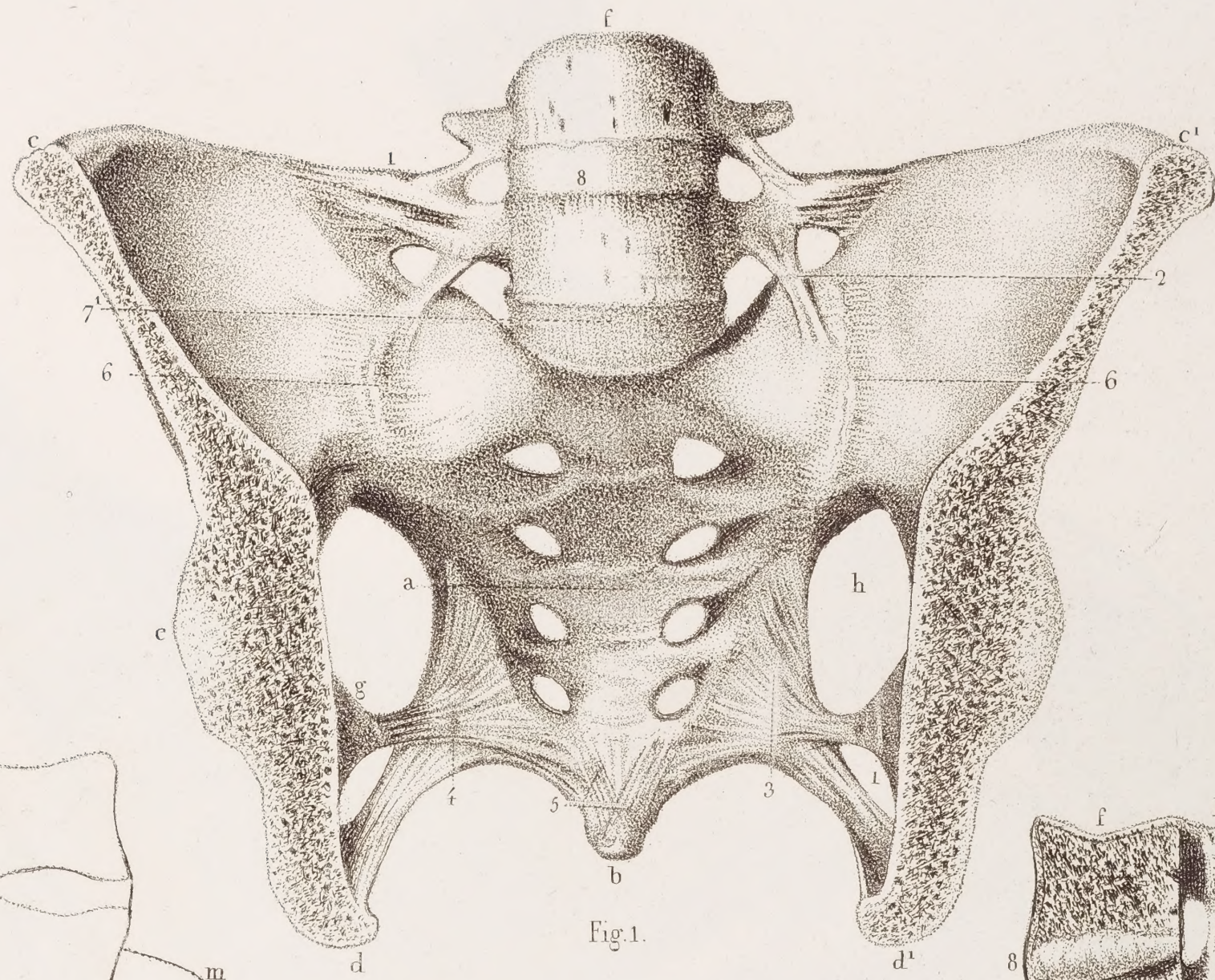


Fig. 1.

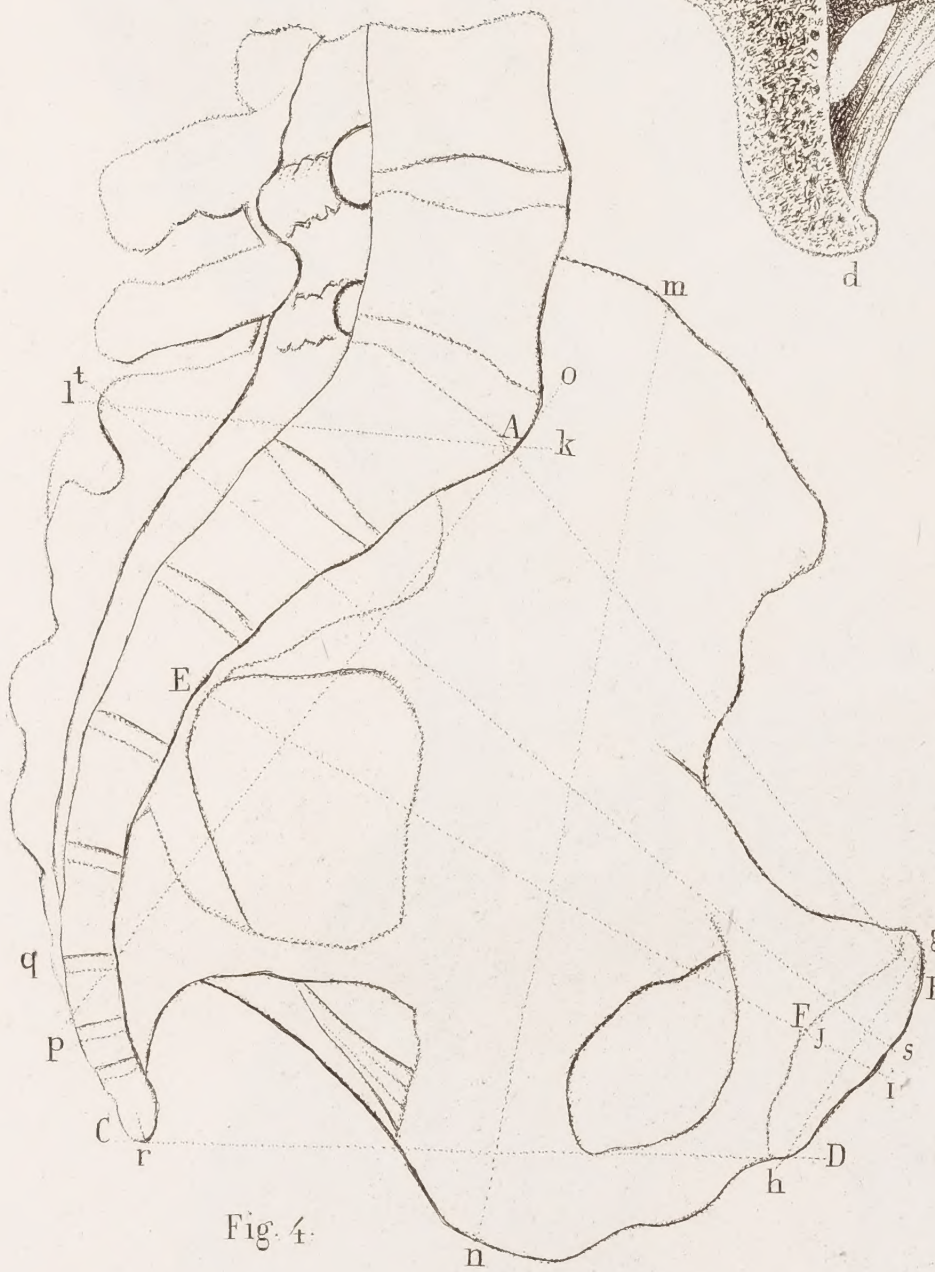


Fig. 4.

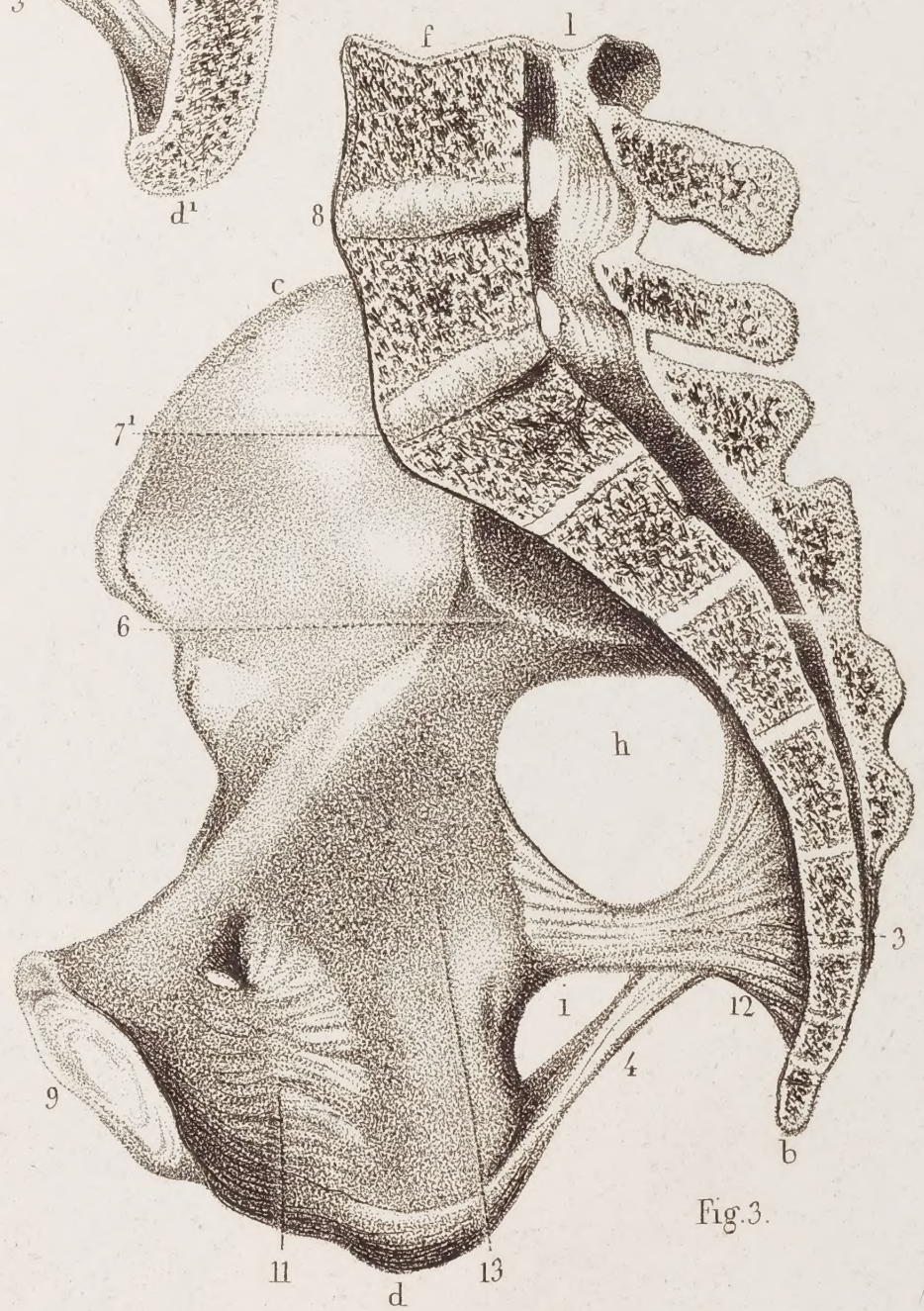


Fig. 3.

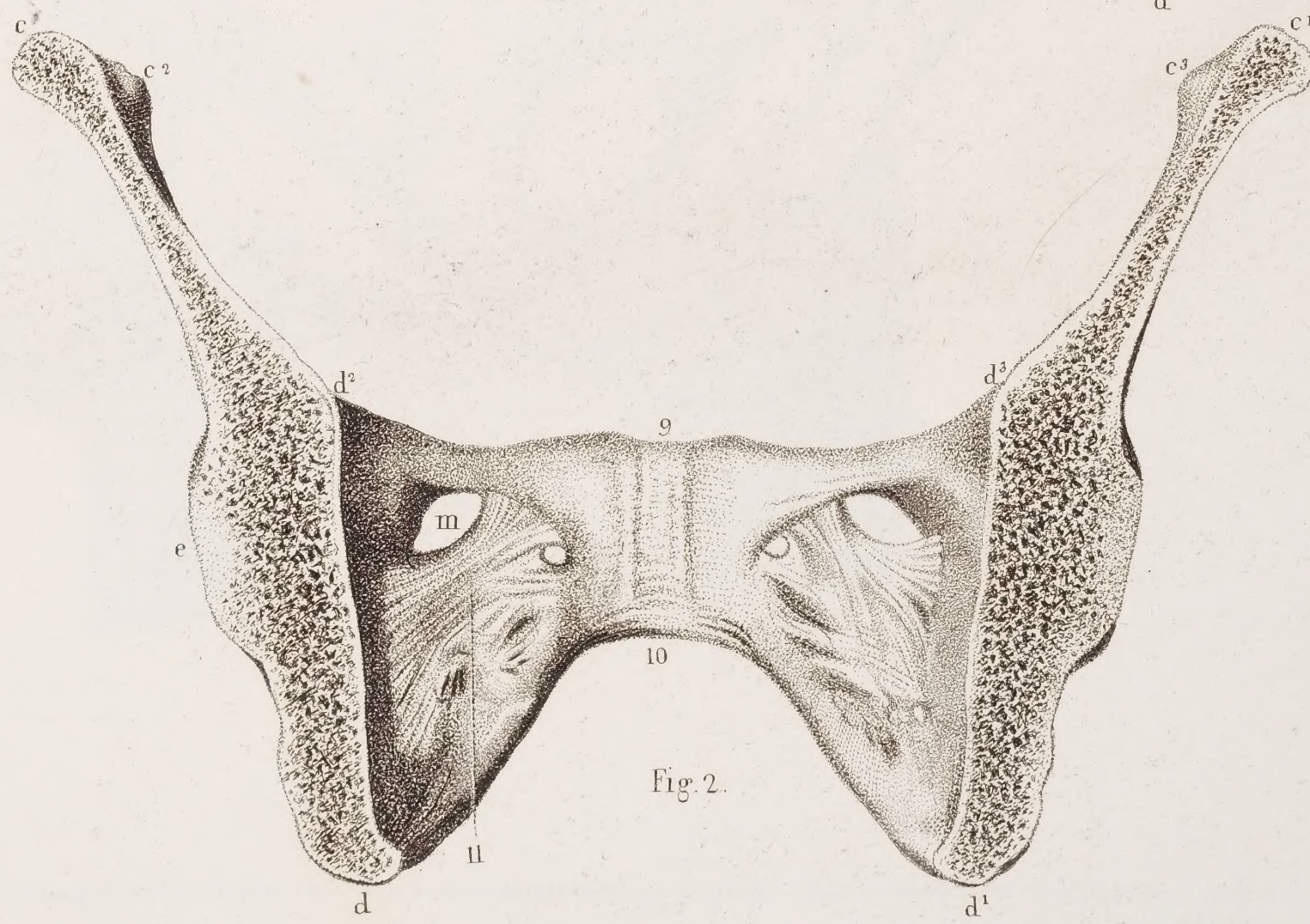
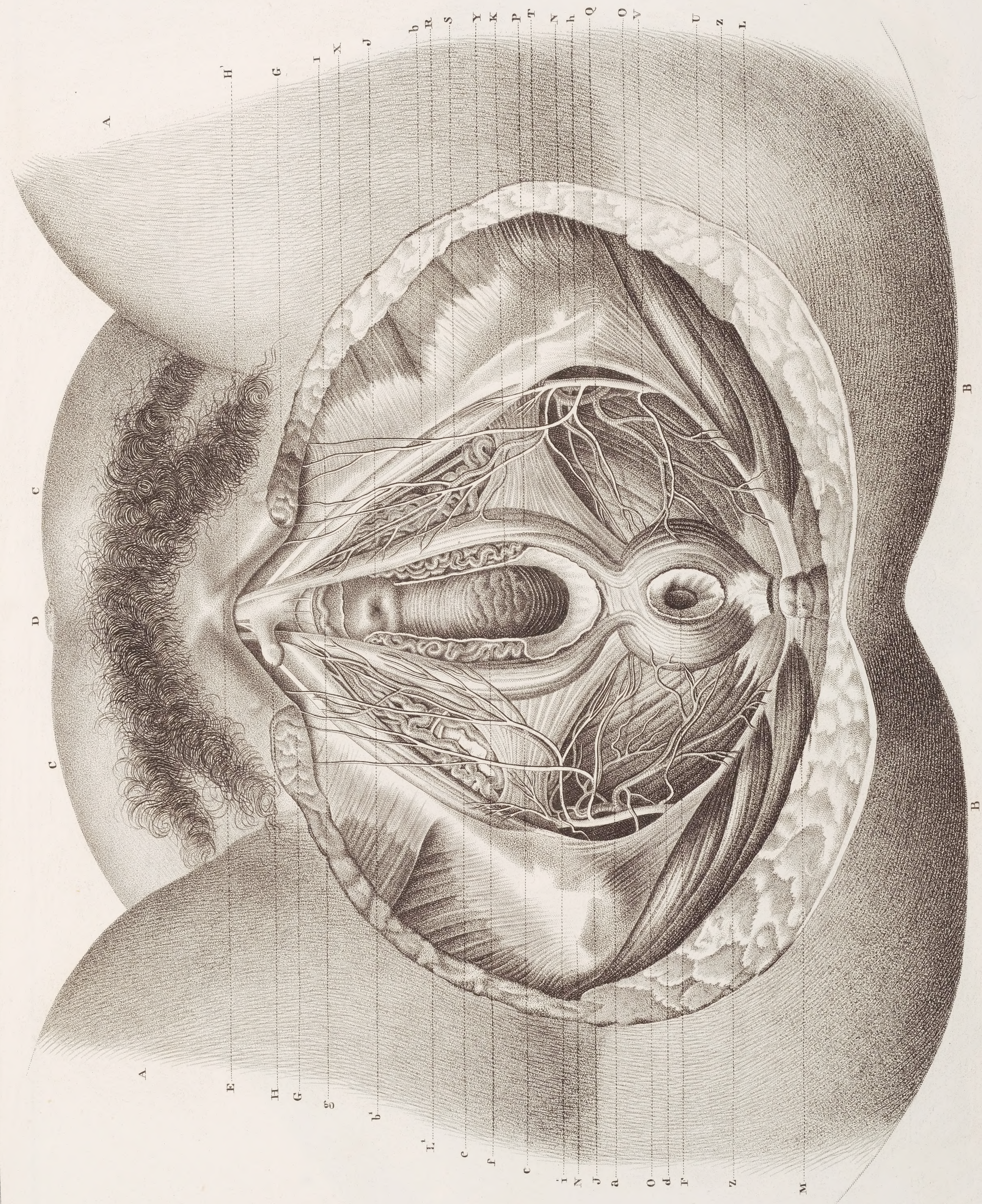
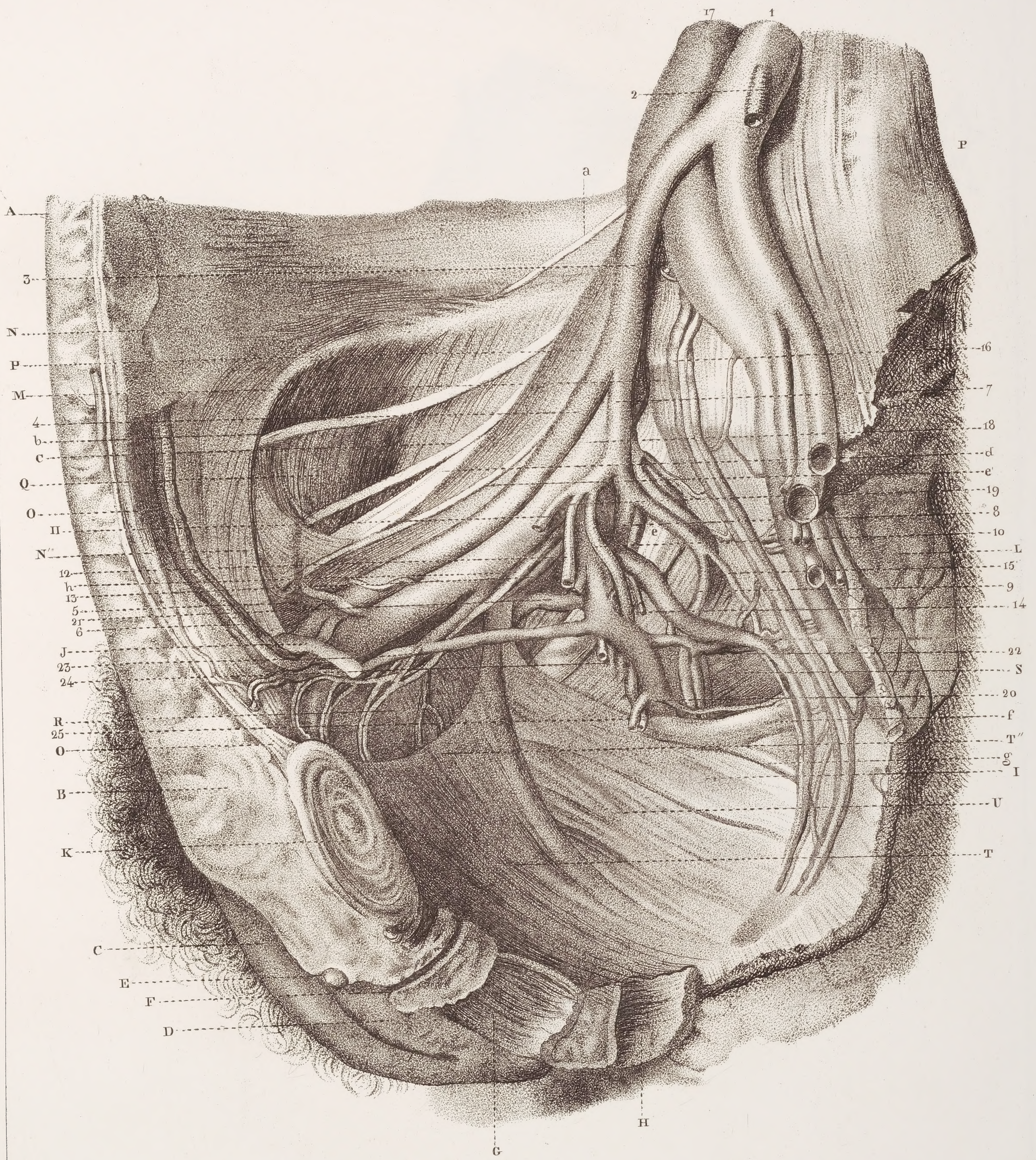


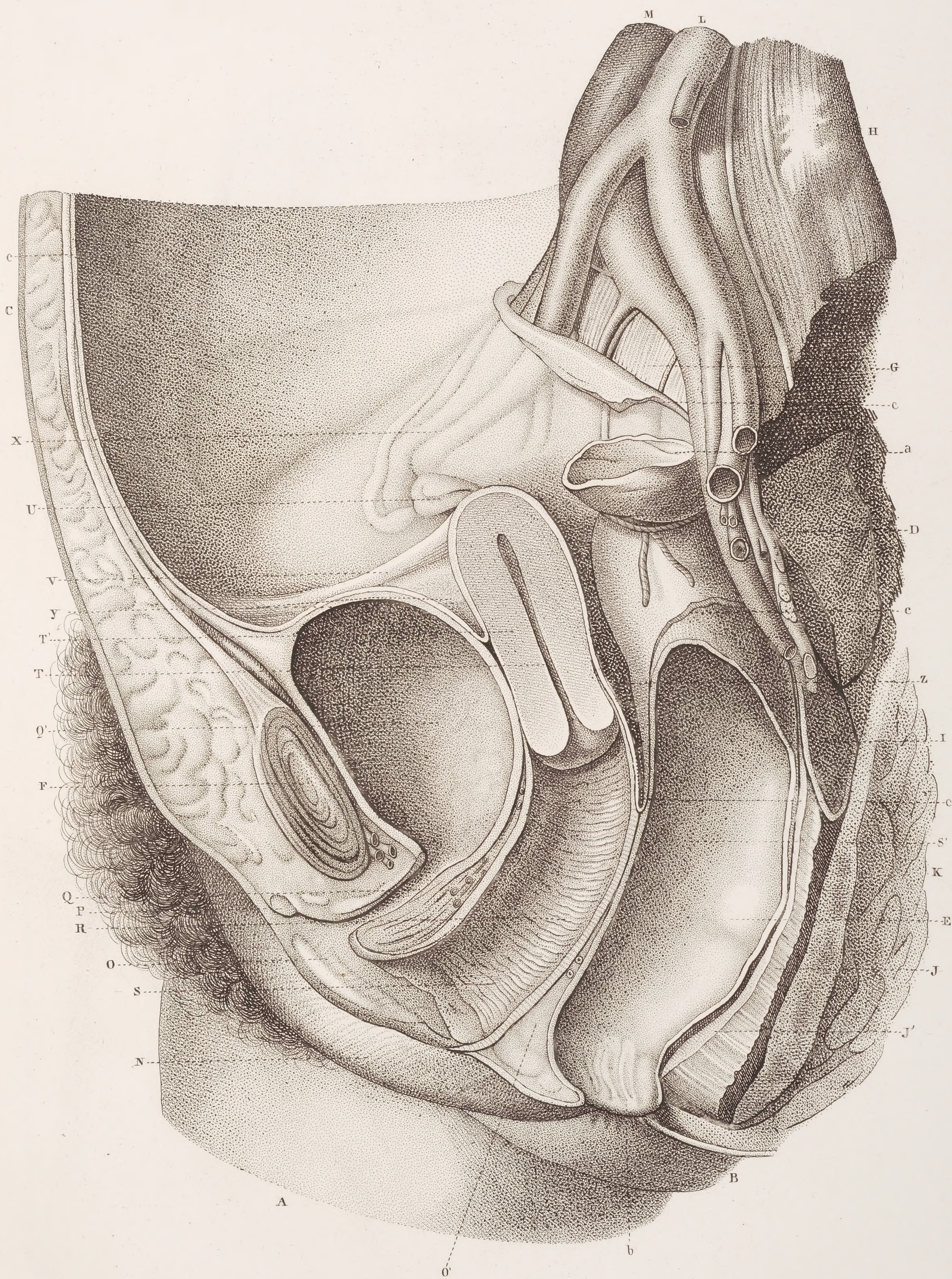
Fig. 2.

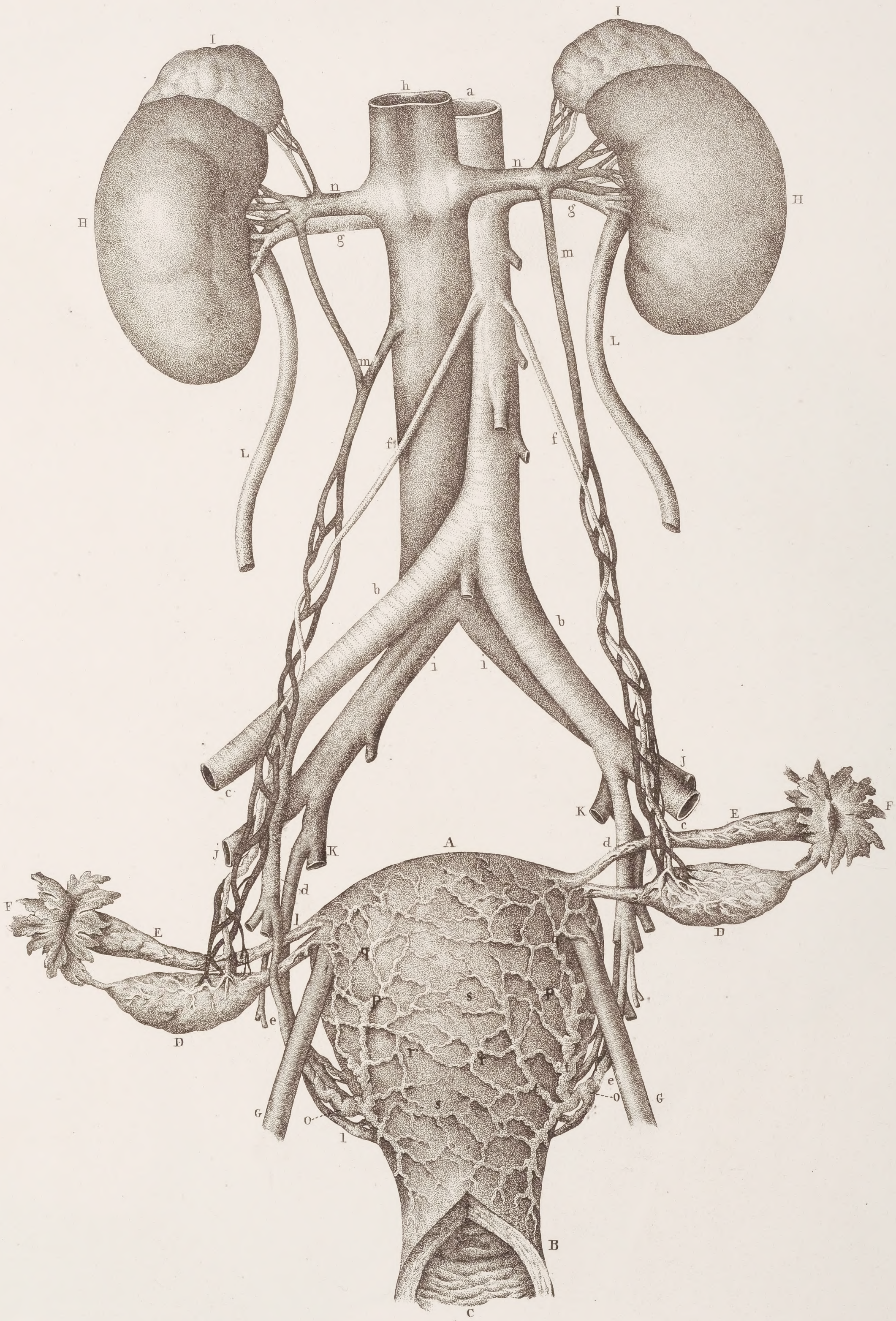


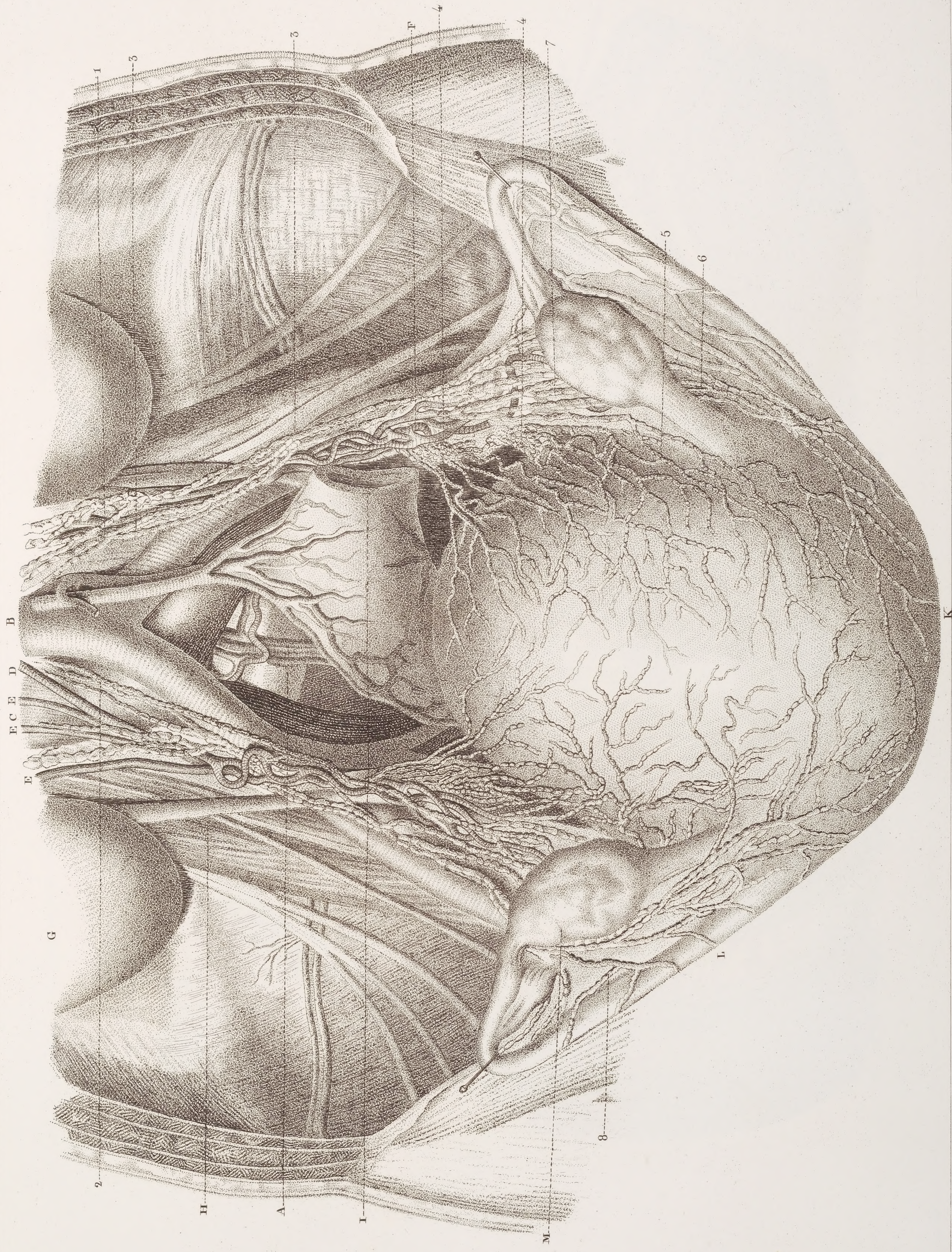


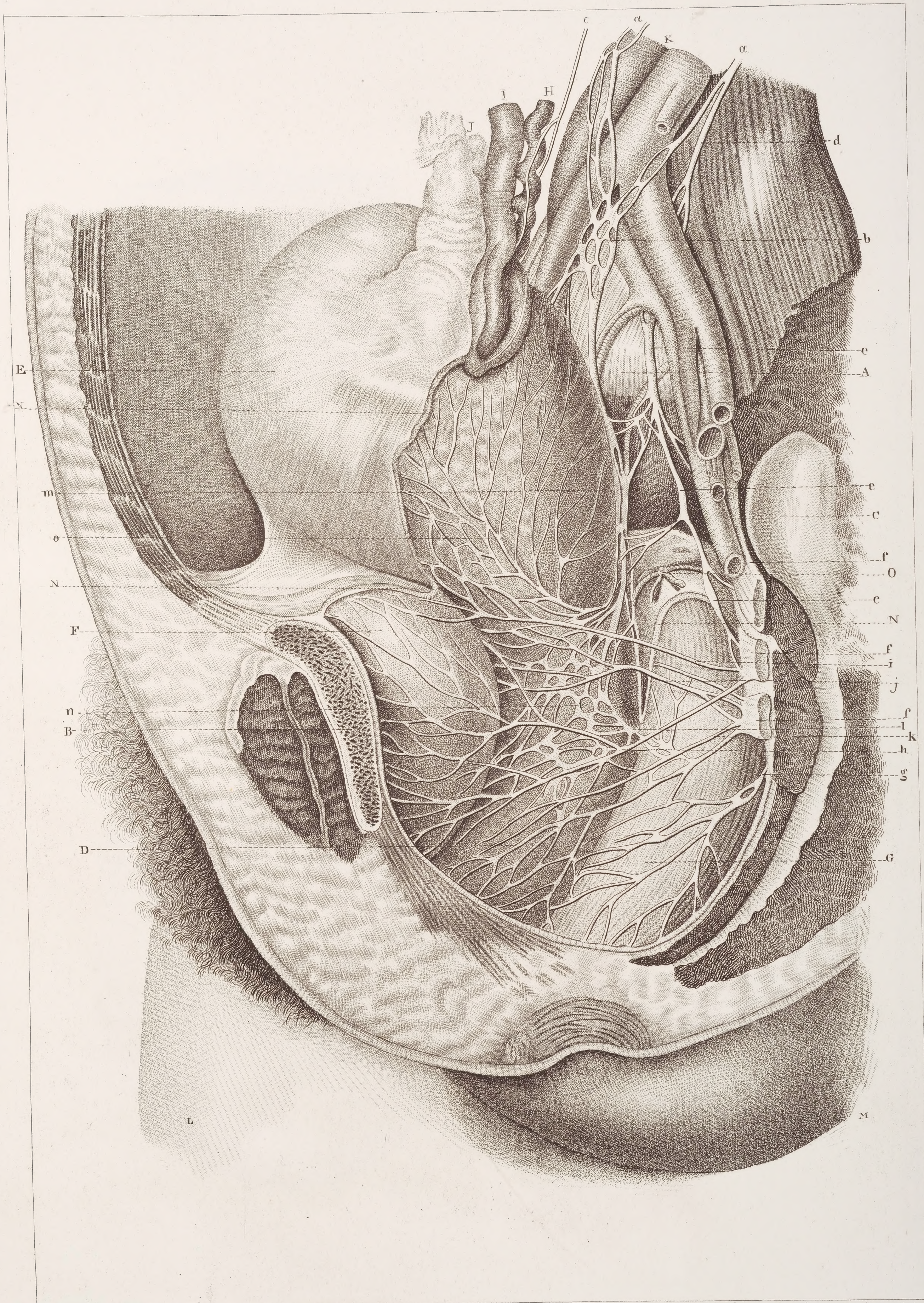












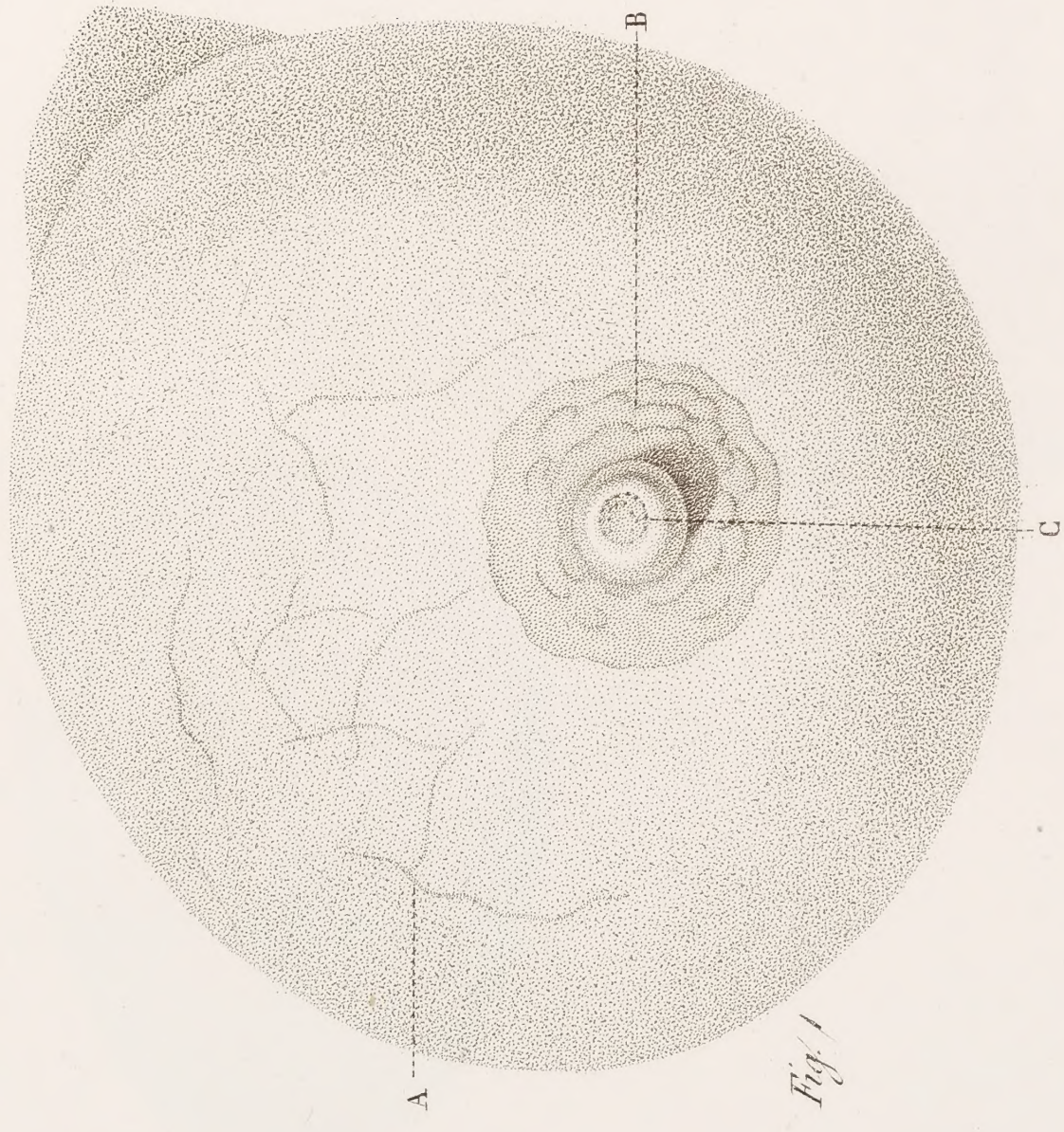


Fig. 1

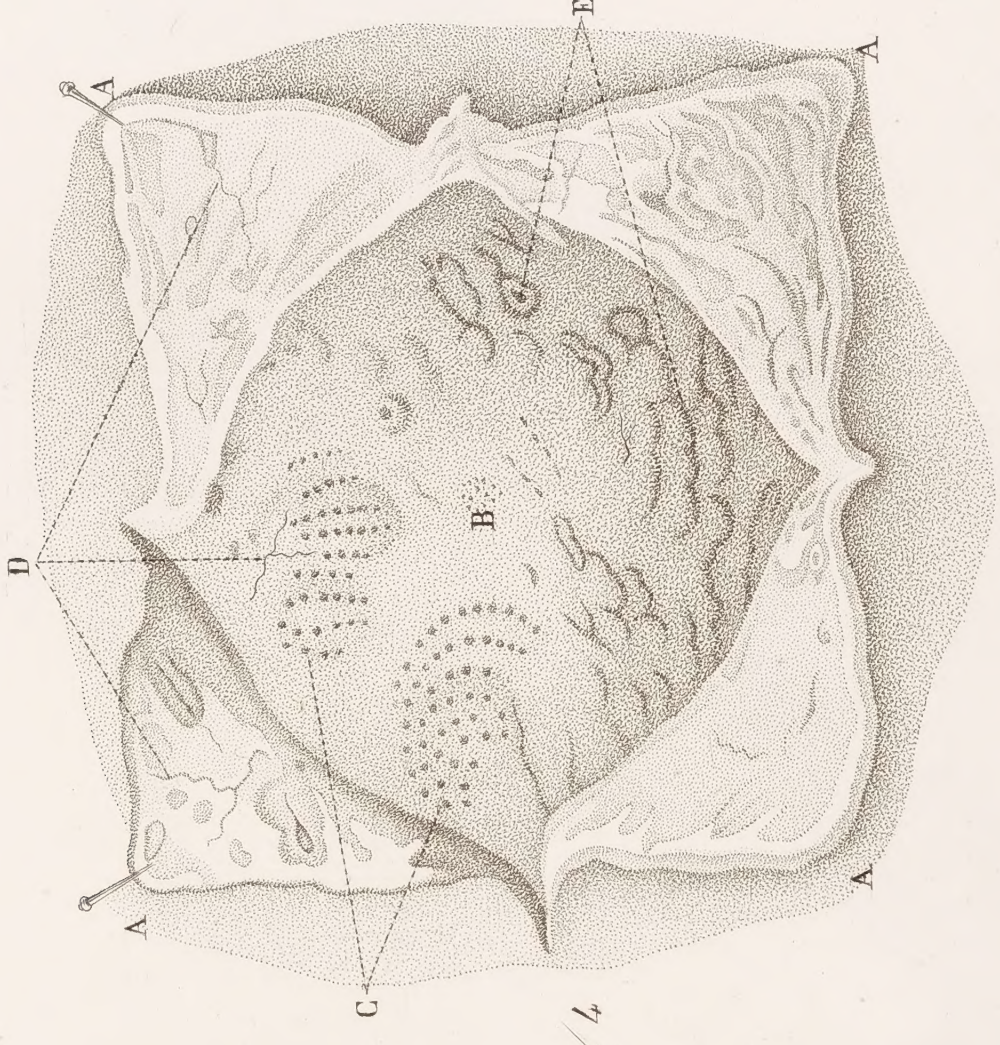


Fig. 4

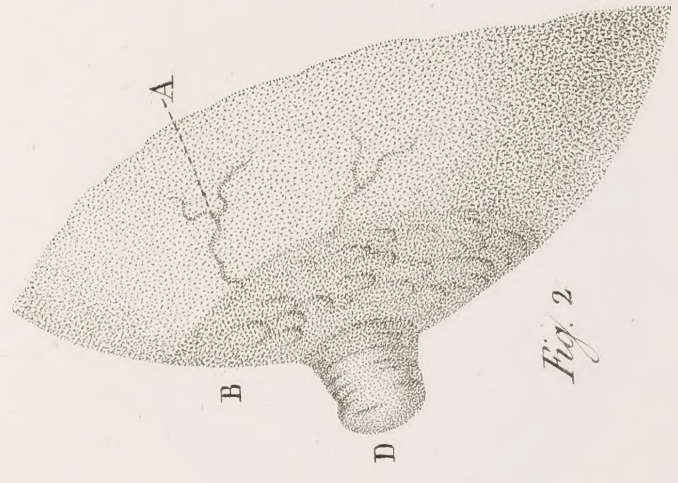


Fig. 2

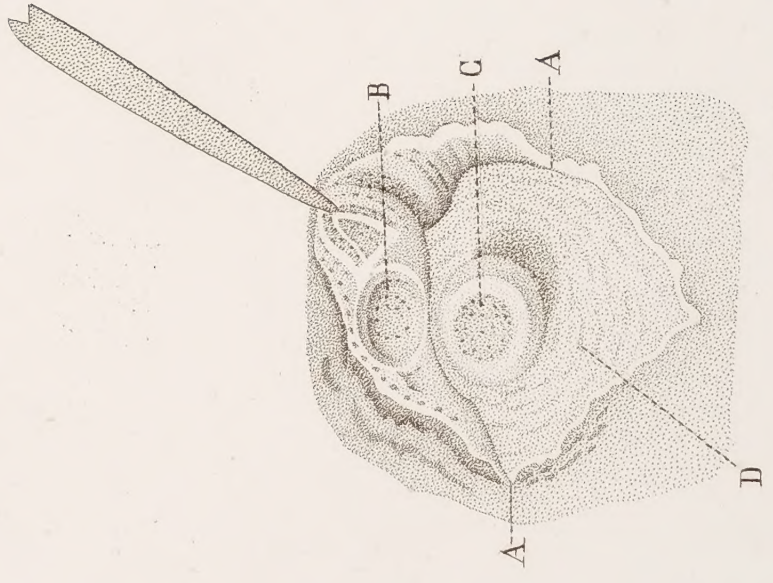


Fig. 3

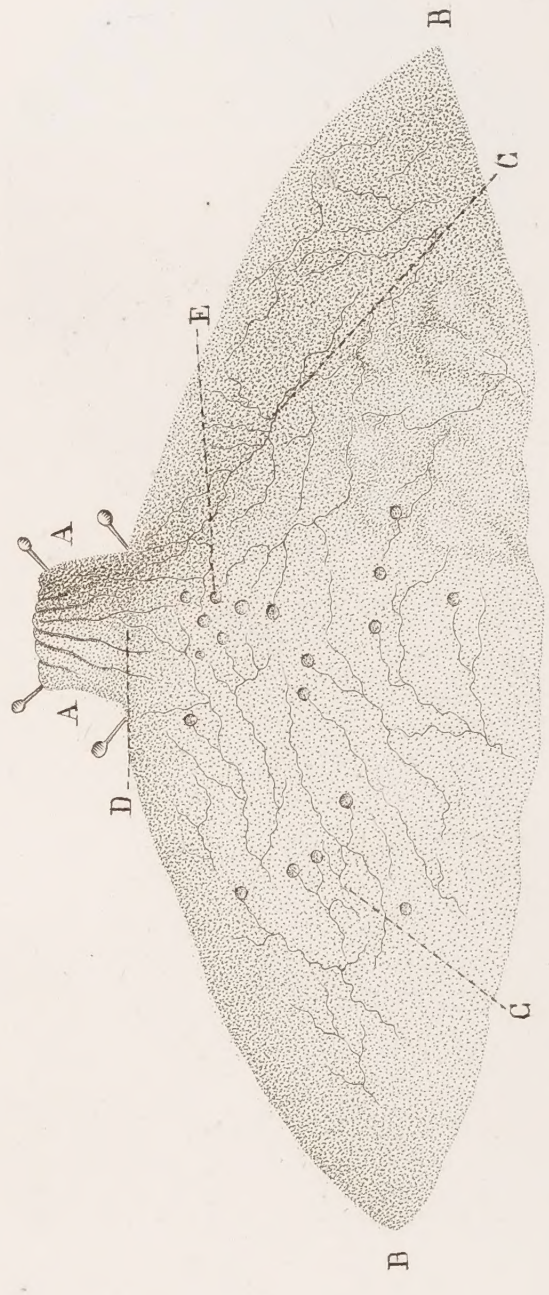


Fig. 5

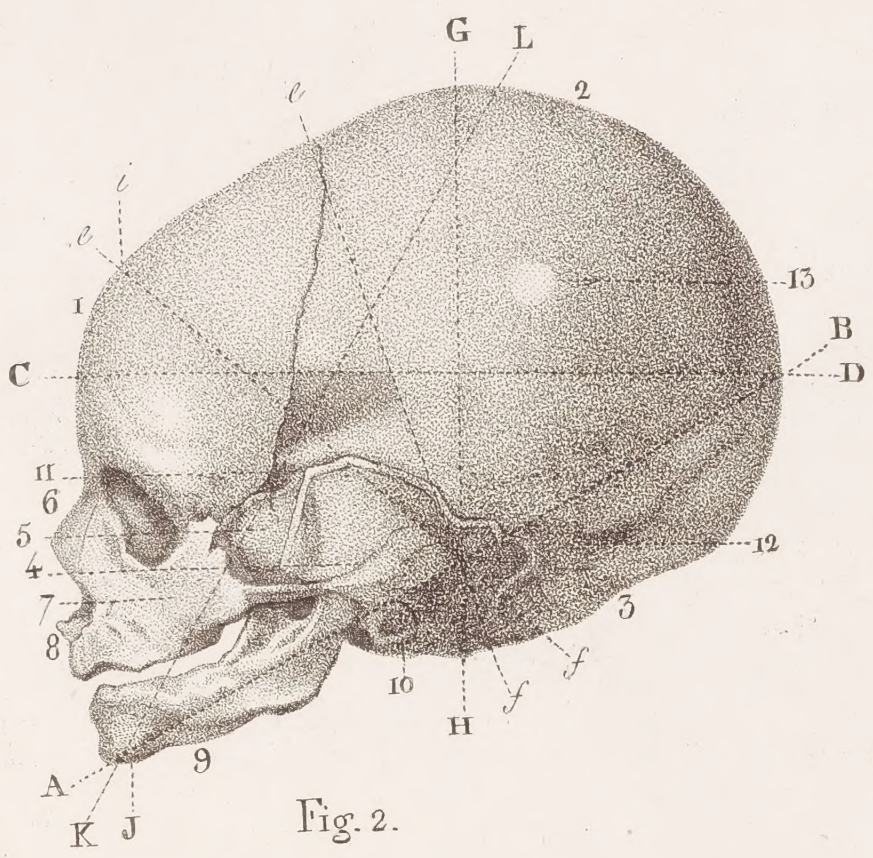


Fig. 2.

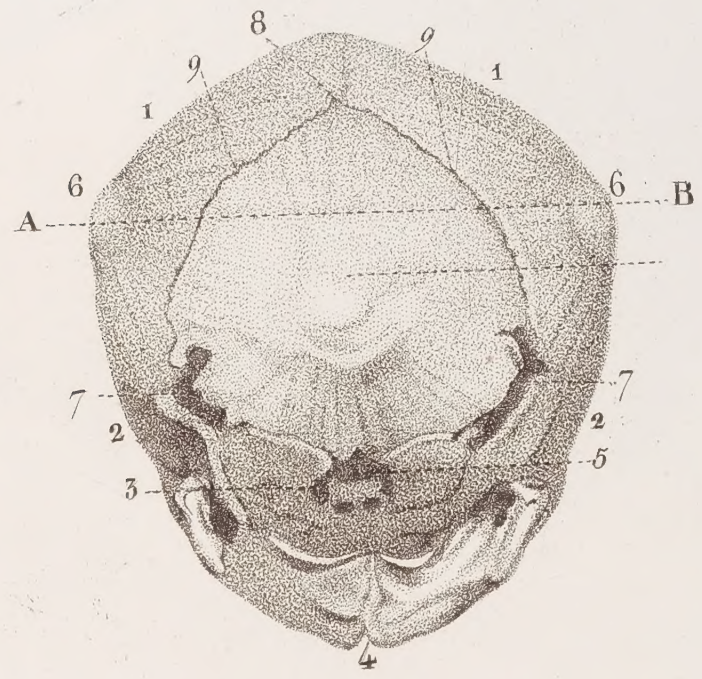


Fig. 3.

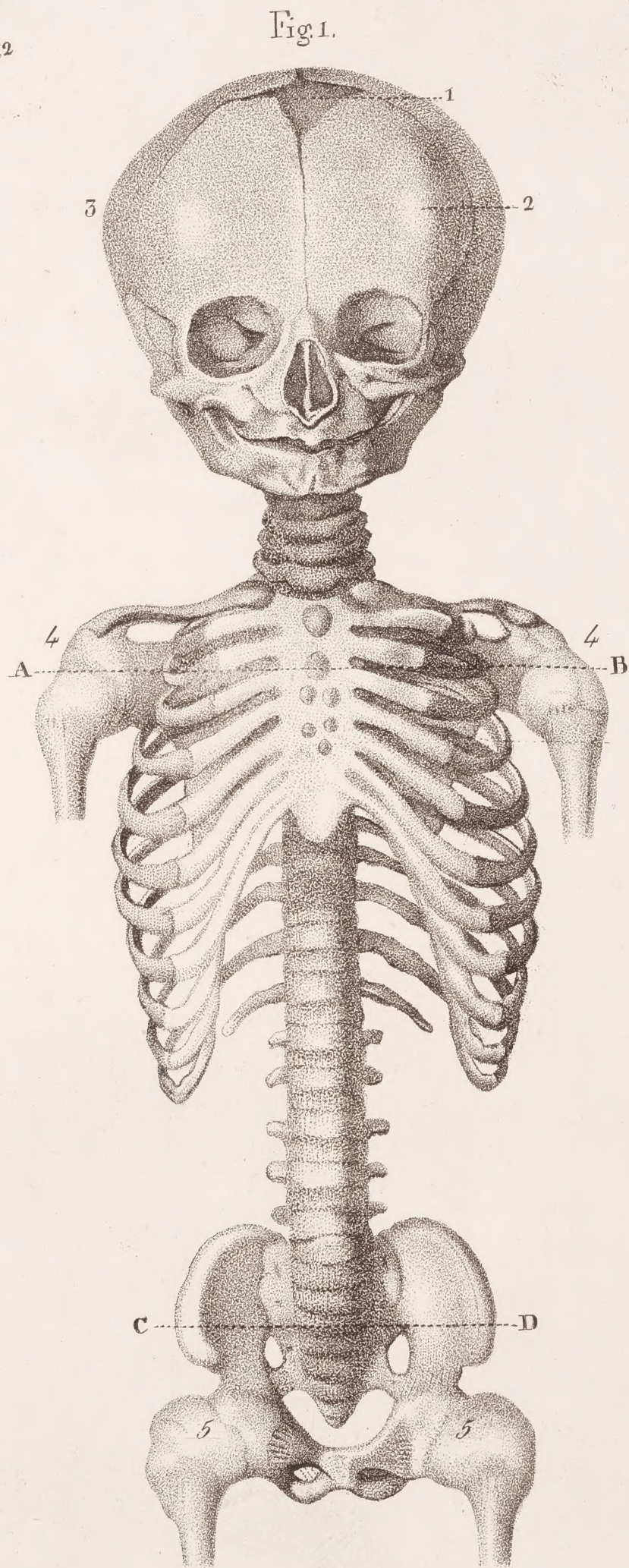


Fig. 1.

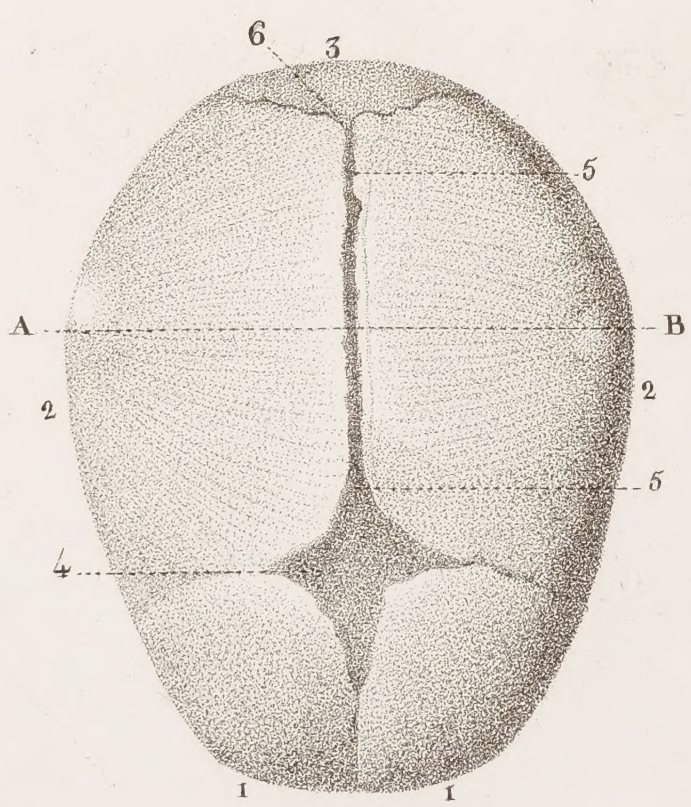


Fig. 4.

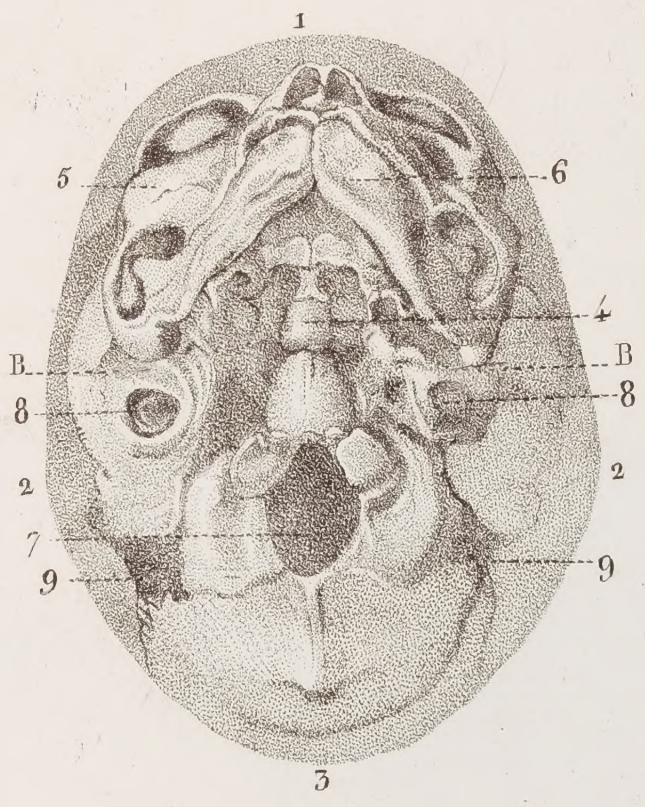
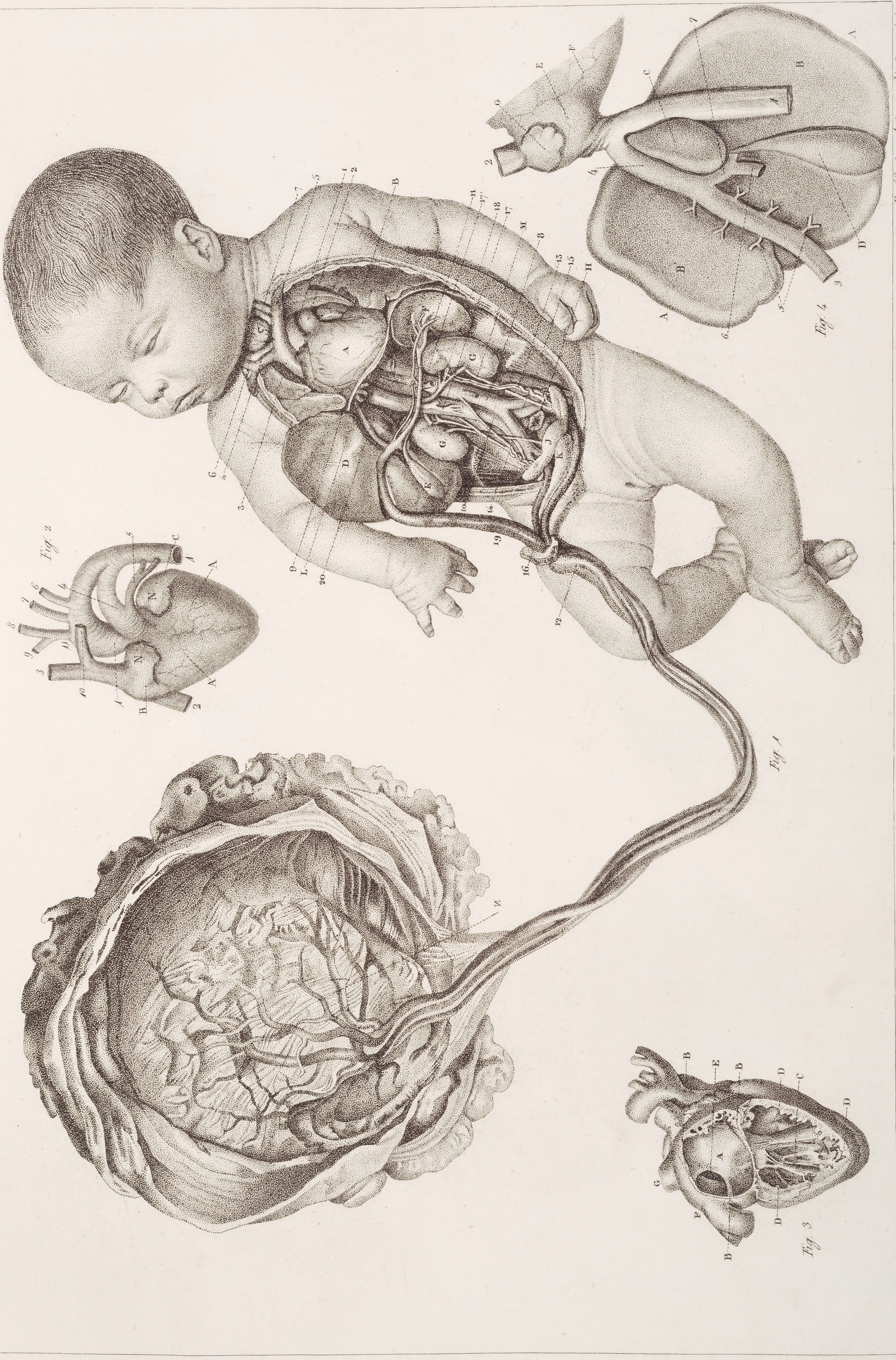


Fig. 5.



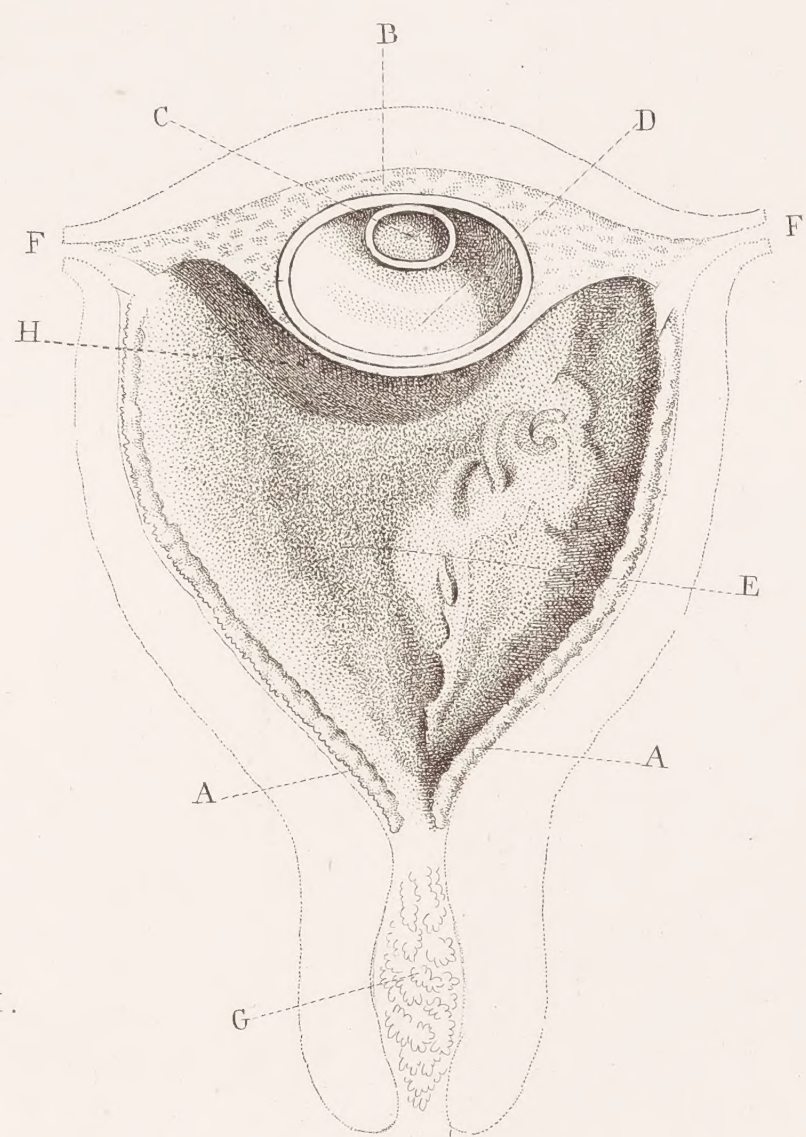


Fig. 1.

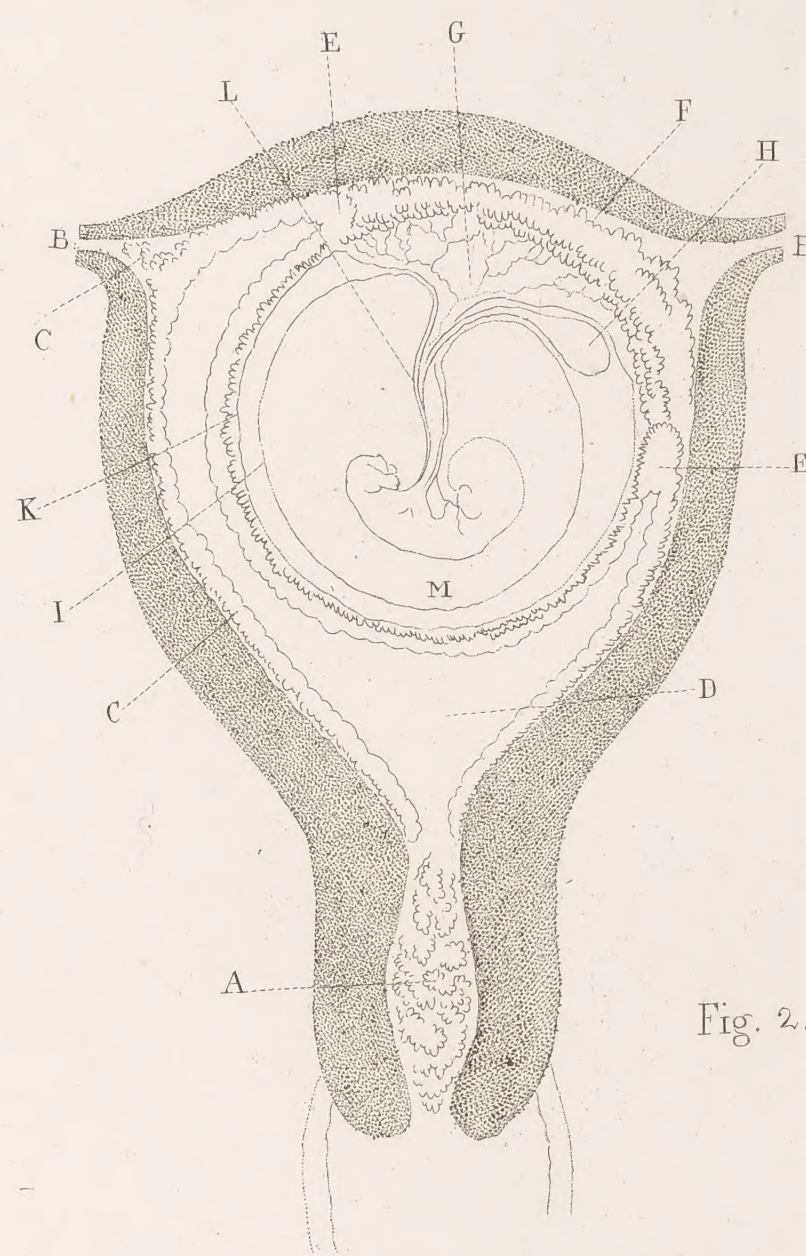


Fig. 2.

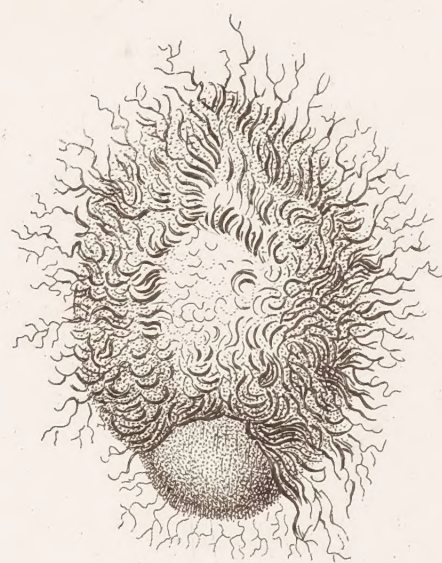


Fig. 3.

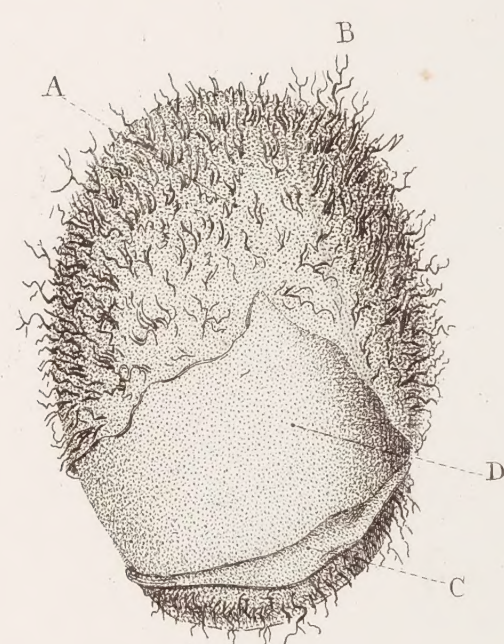


Fig. 5.

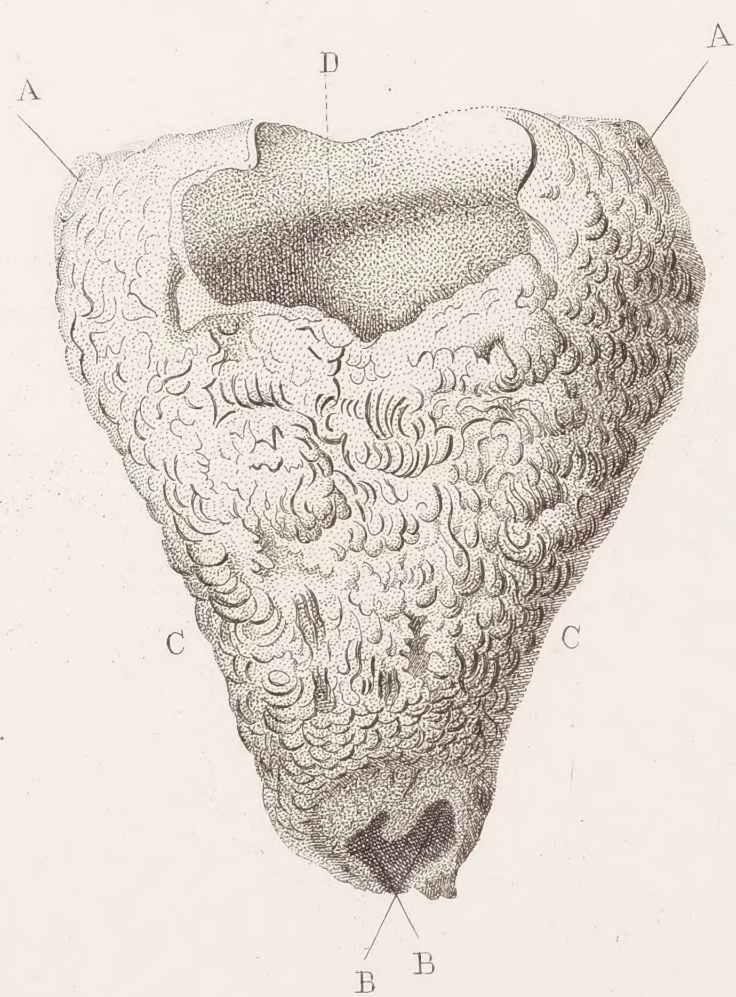


Fig. 4.

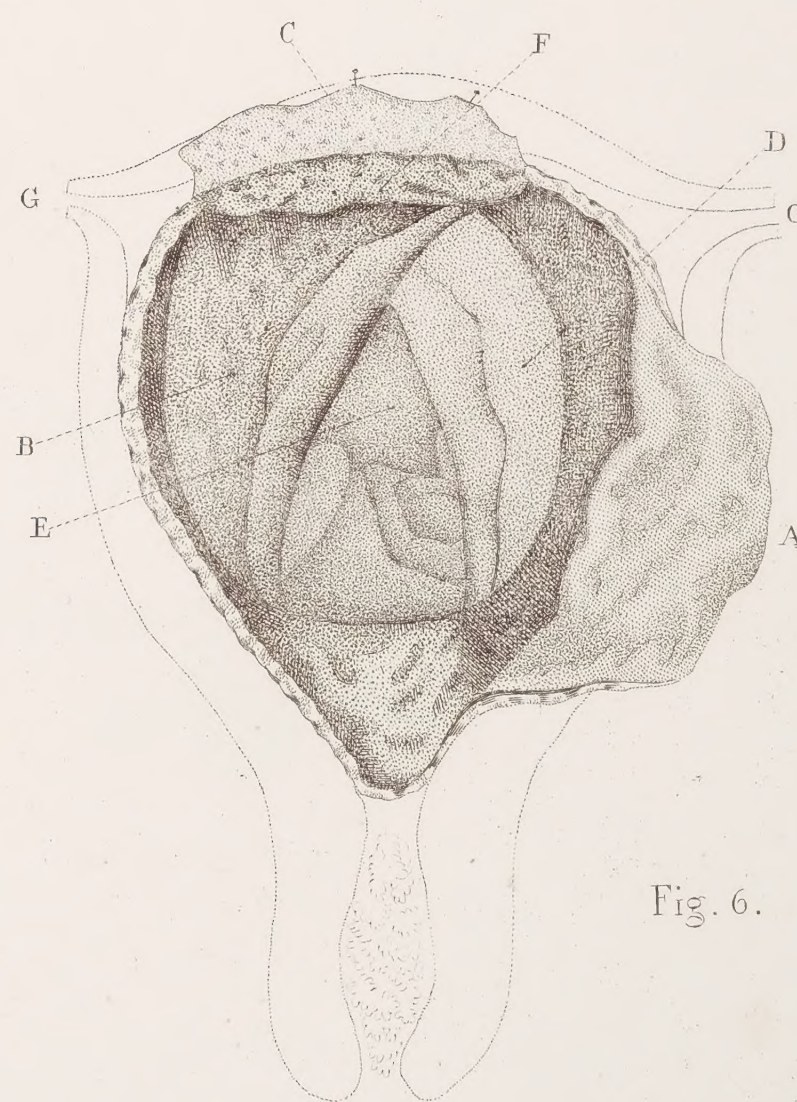
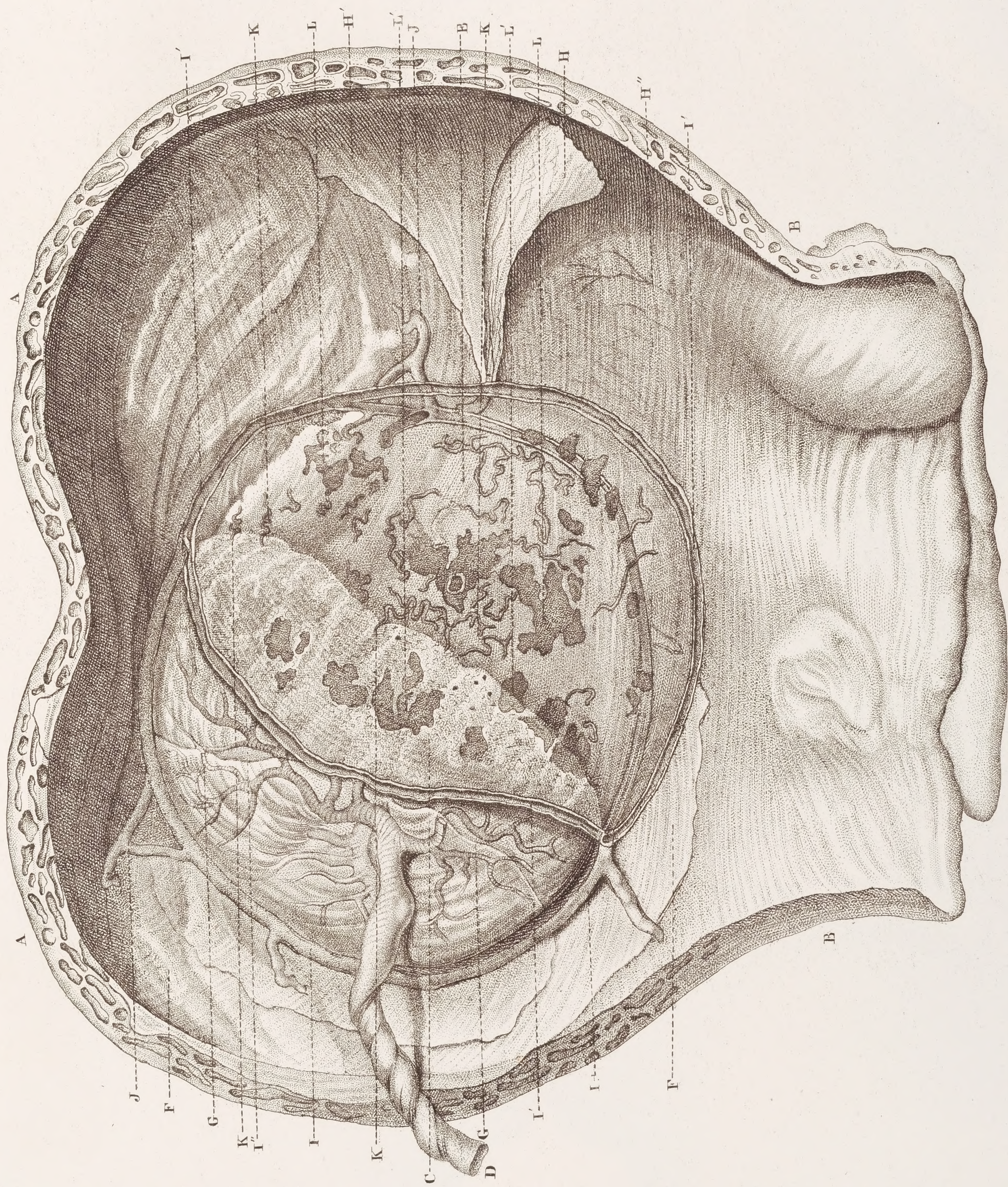
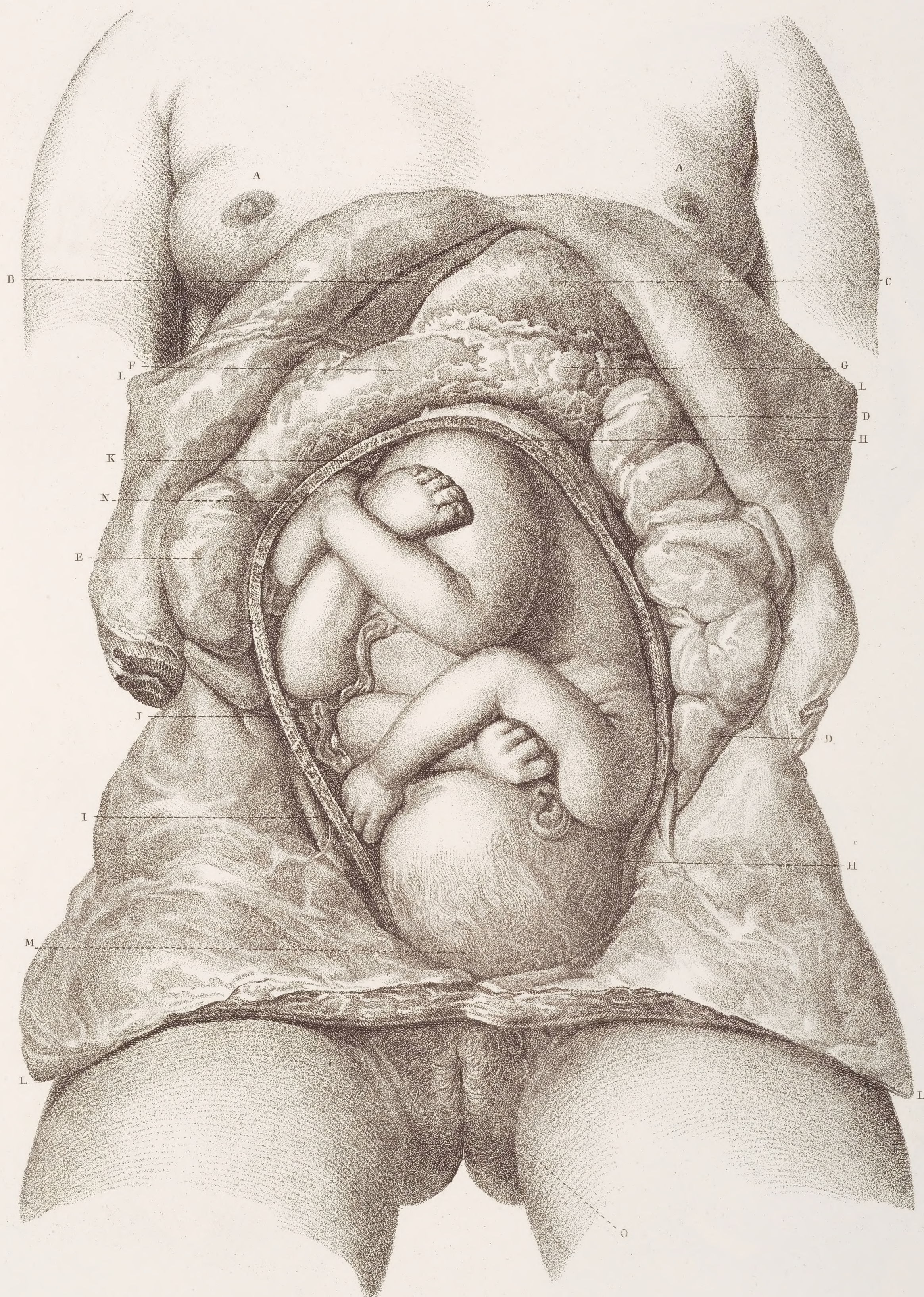


Fig. 6.







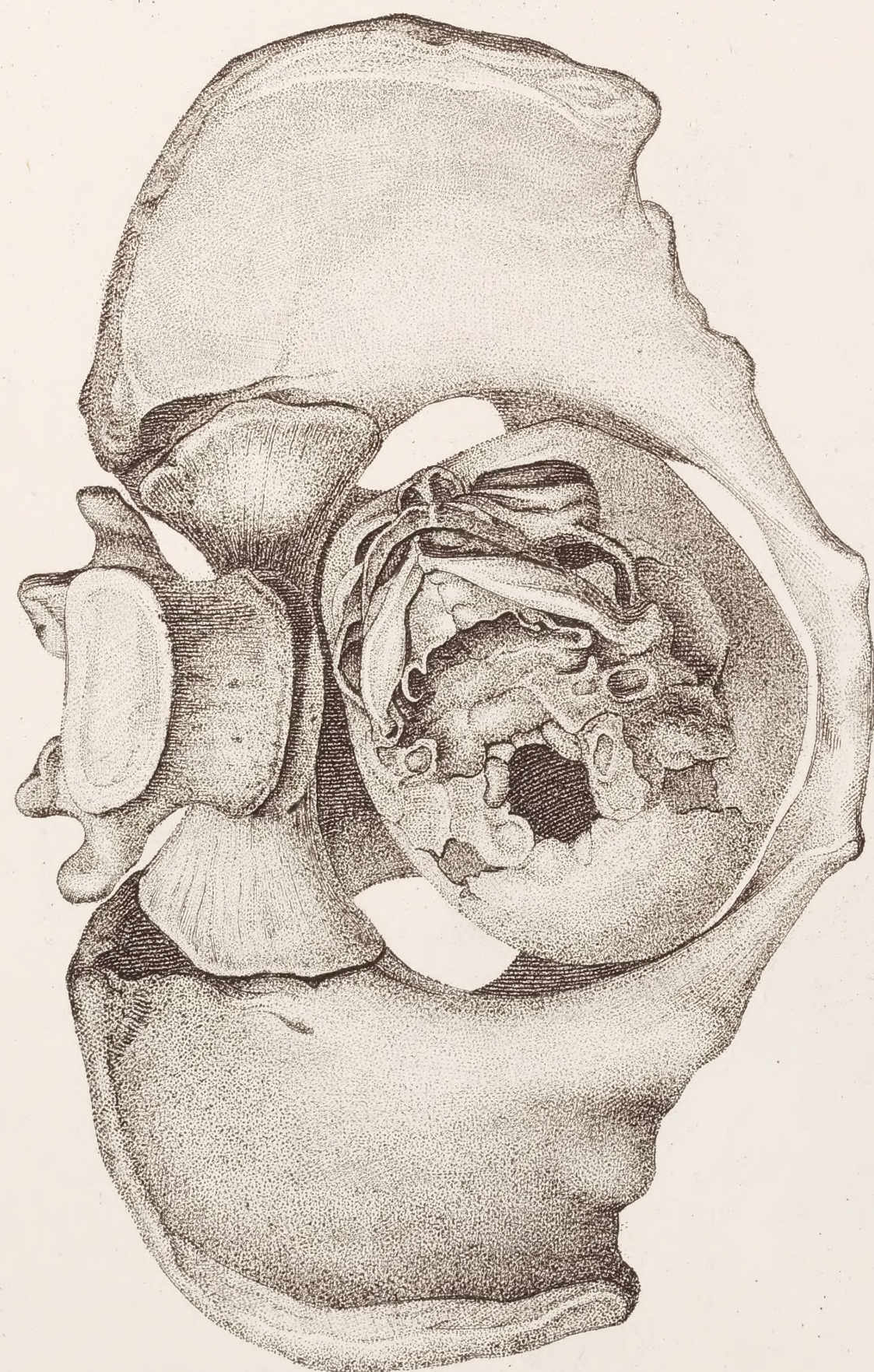


Fig. 1.

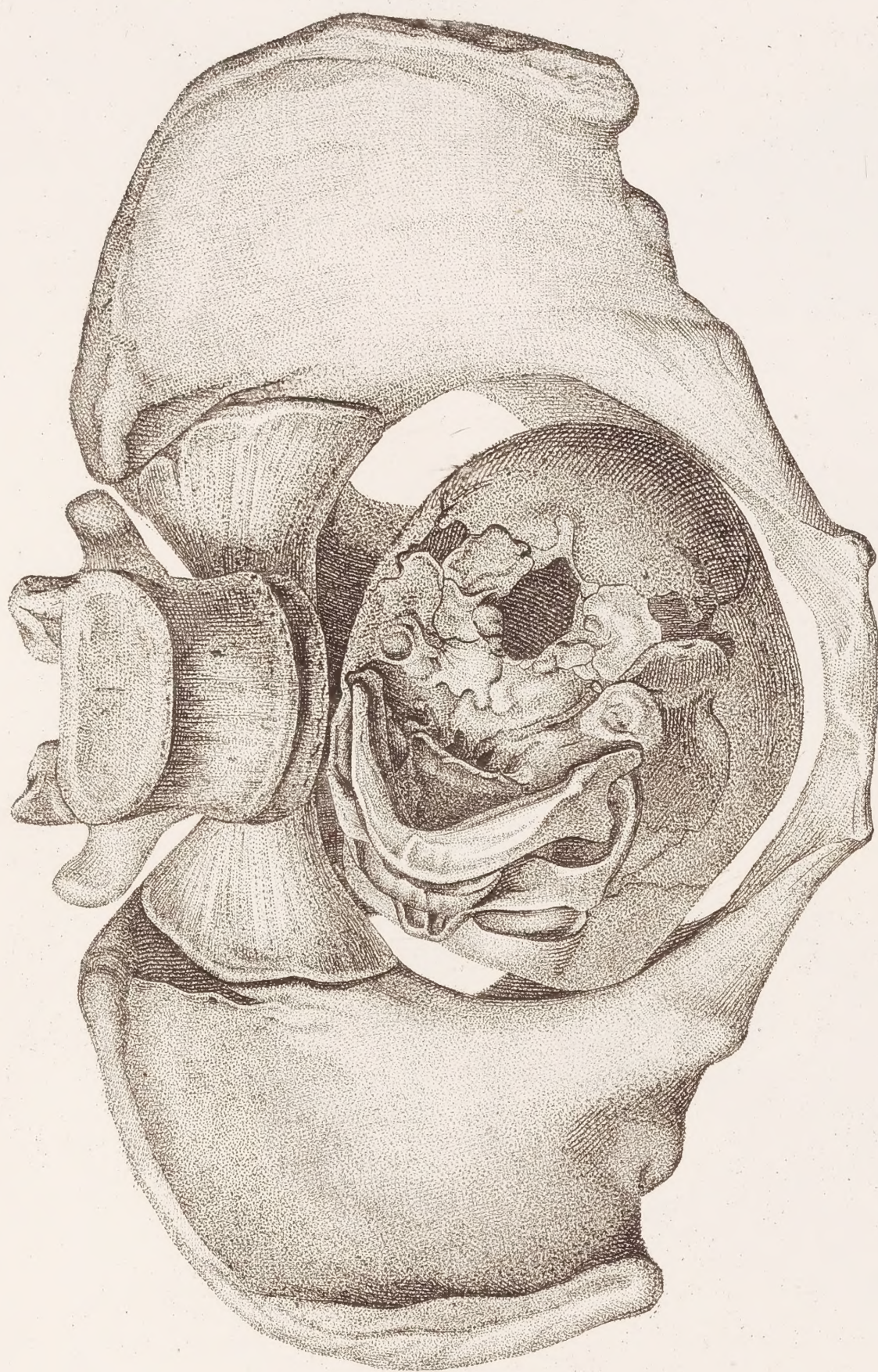


Fig. 2.

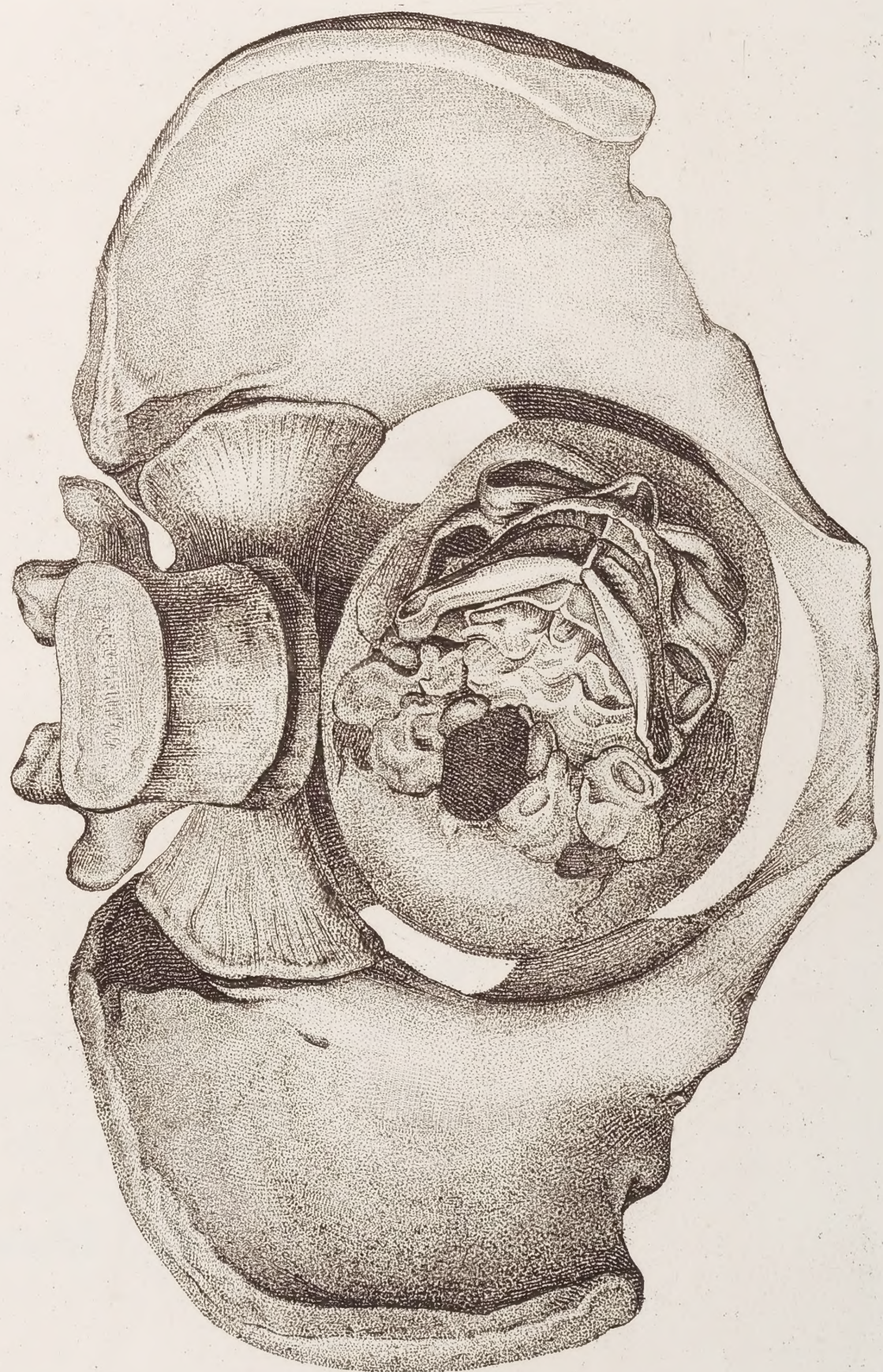


Fig. 3.

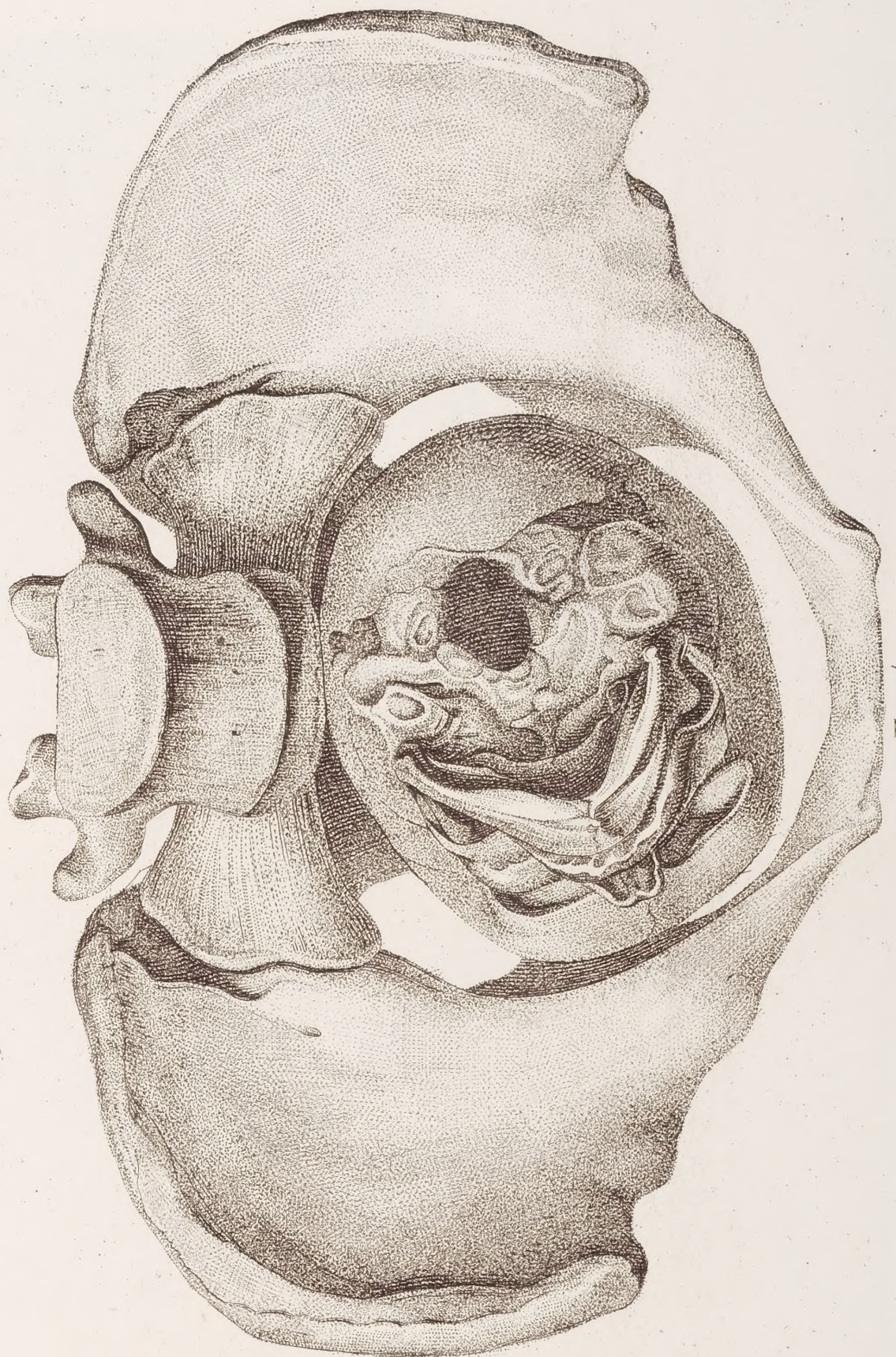


Fig. 4.



Fig. 1.
fine del primo tempo

Prima posizione del vertice



Fig. 2.
secondo tempo

Prima posizione del vertice



Fig. 1.
terzo tempo



Fig. 2.
quarto tempo

Terza e quarta posizione del vertice



*Fig. 1.
seconda tempo*



*Fig. 2.
terza tempo*

Seconda porzione della faria

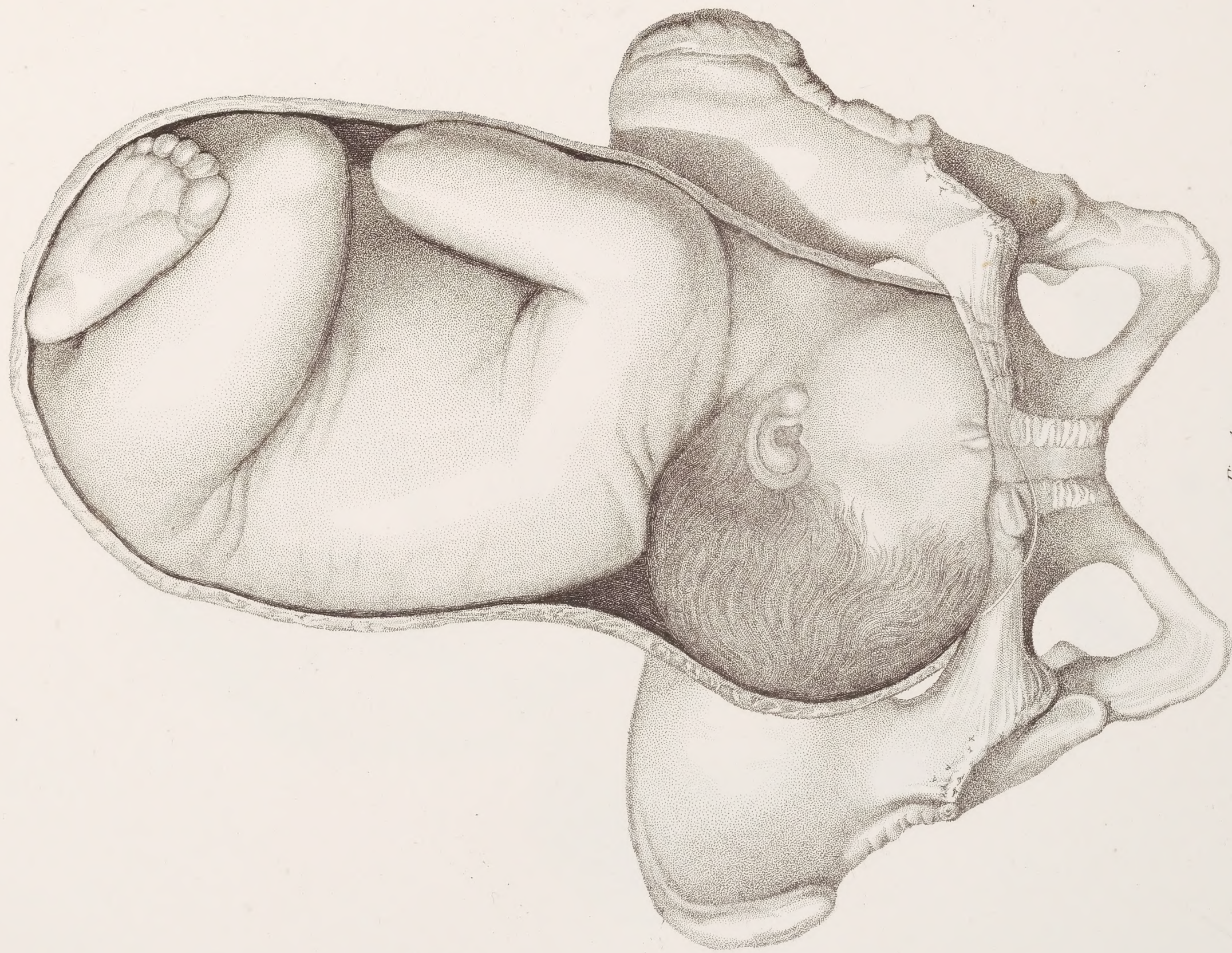


*Fig. 1.
primo tempo*

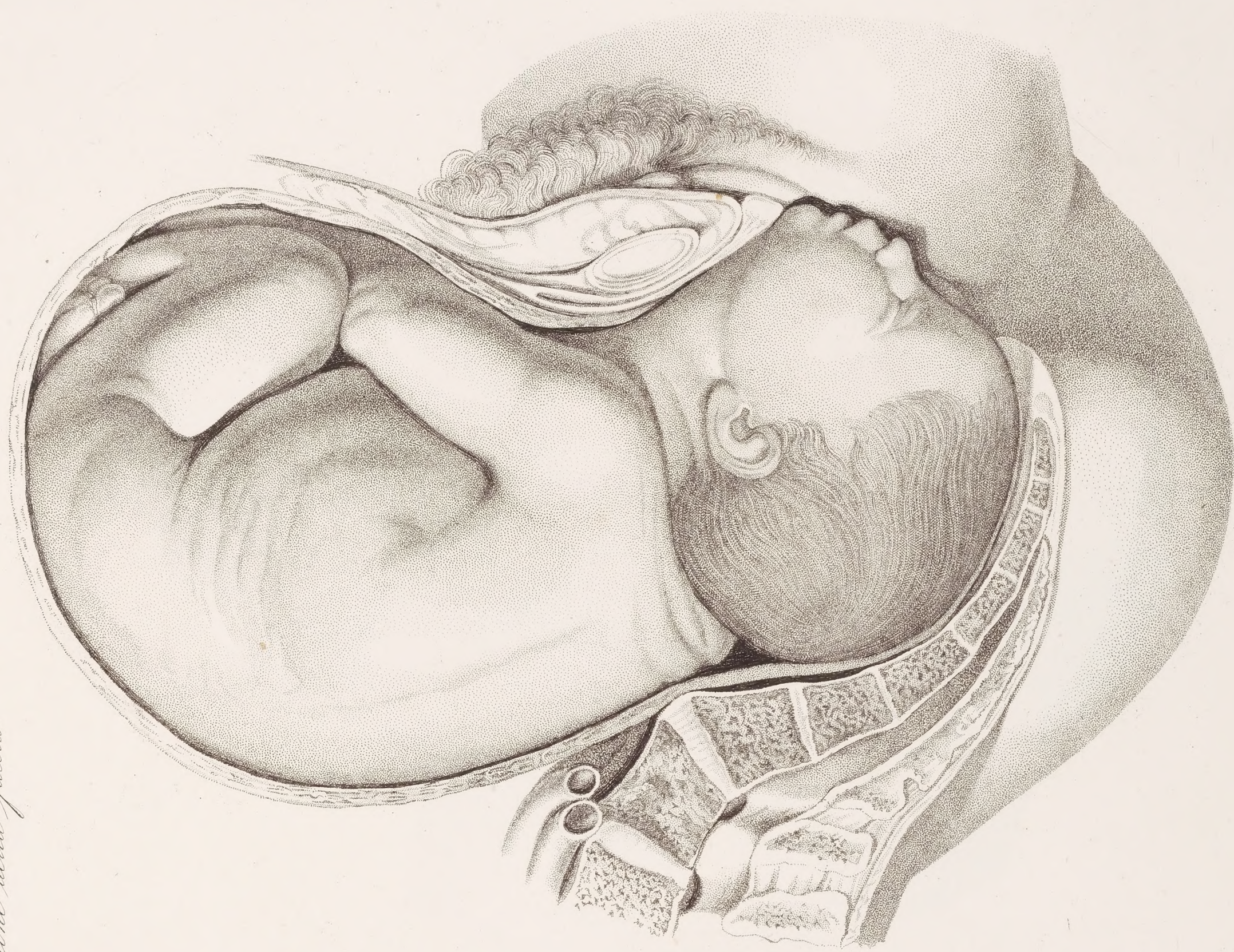


*Fig. 2.
secondo tempo*

Raffaele Atlante di Ostetricia

Cataneo inc.

Prima posizione delle matrici



*Fig. 1.
prima tempo*



*Fig. 2.
secondo tempo*

Prima posizione delle natiche



*Fig. 1.
terza tempo*

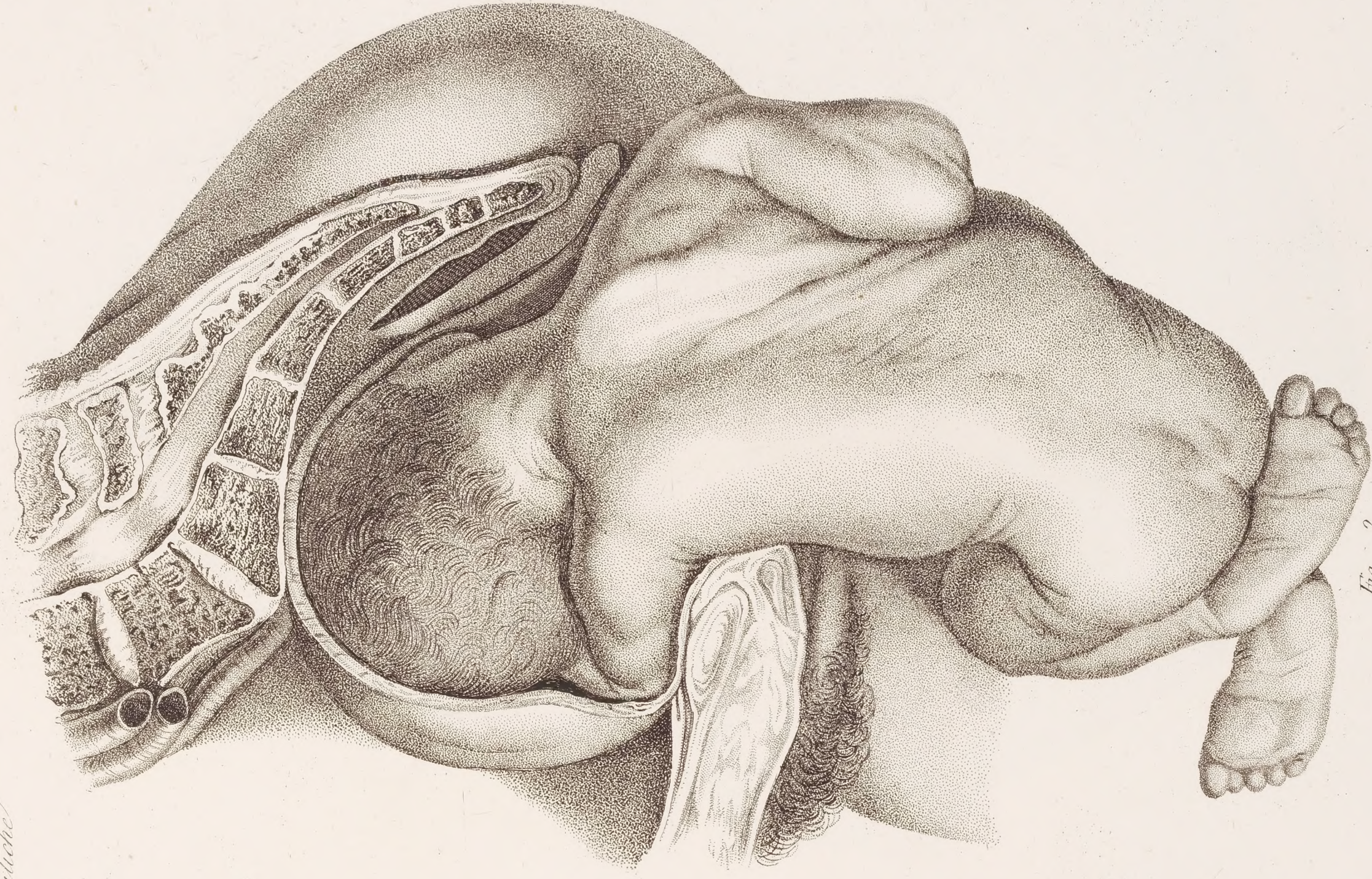


*Fig. 2.
quarto tempo*

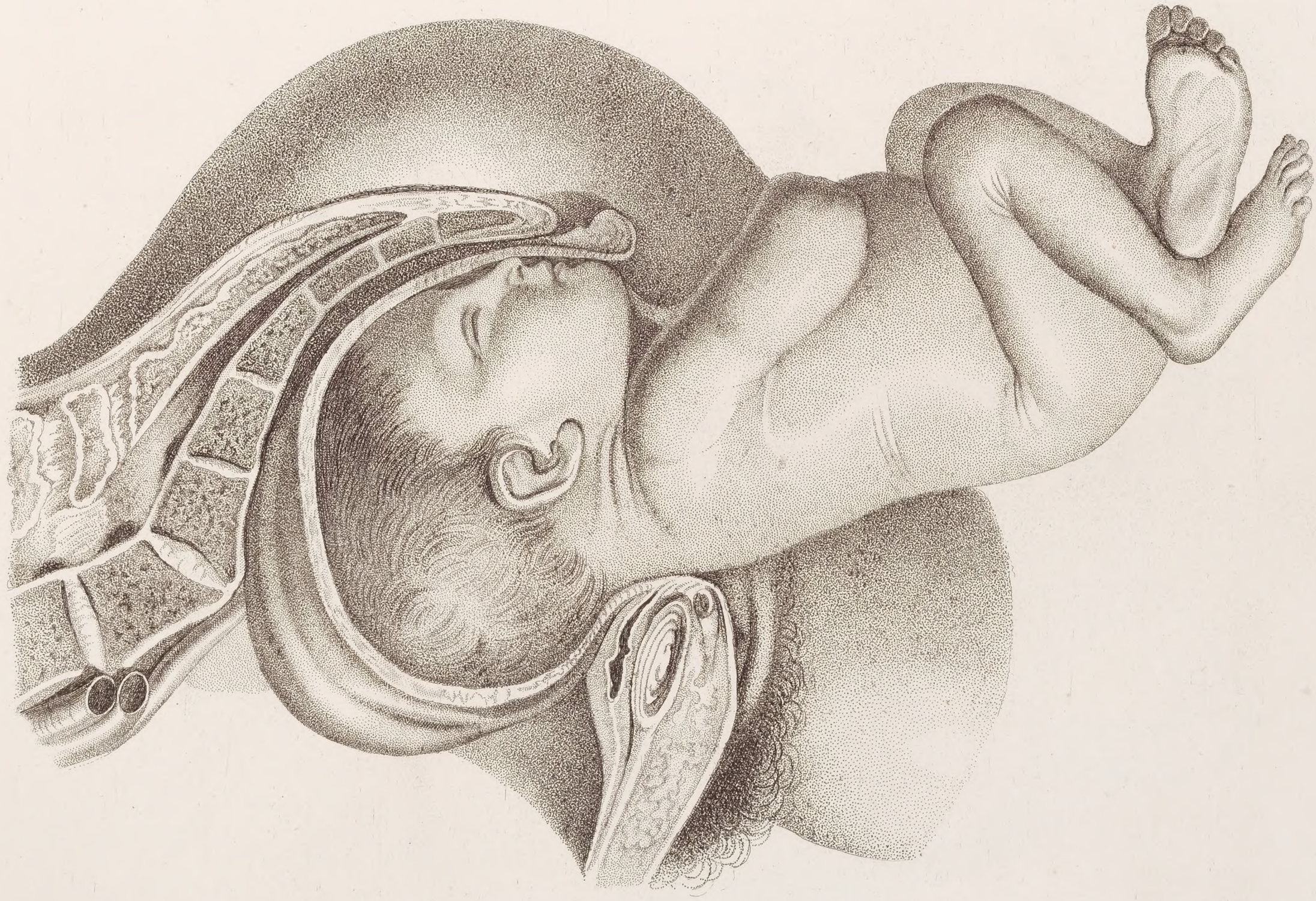


Fig. 1.

quinto tempo nella prima posizione delle matrici

Galvani inc.

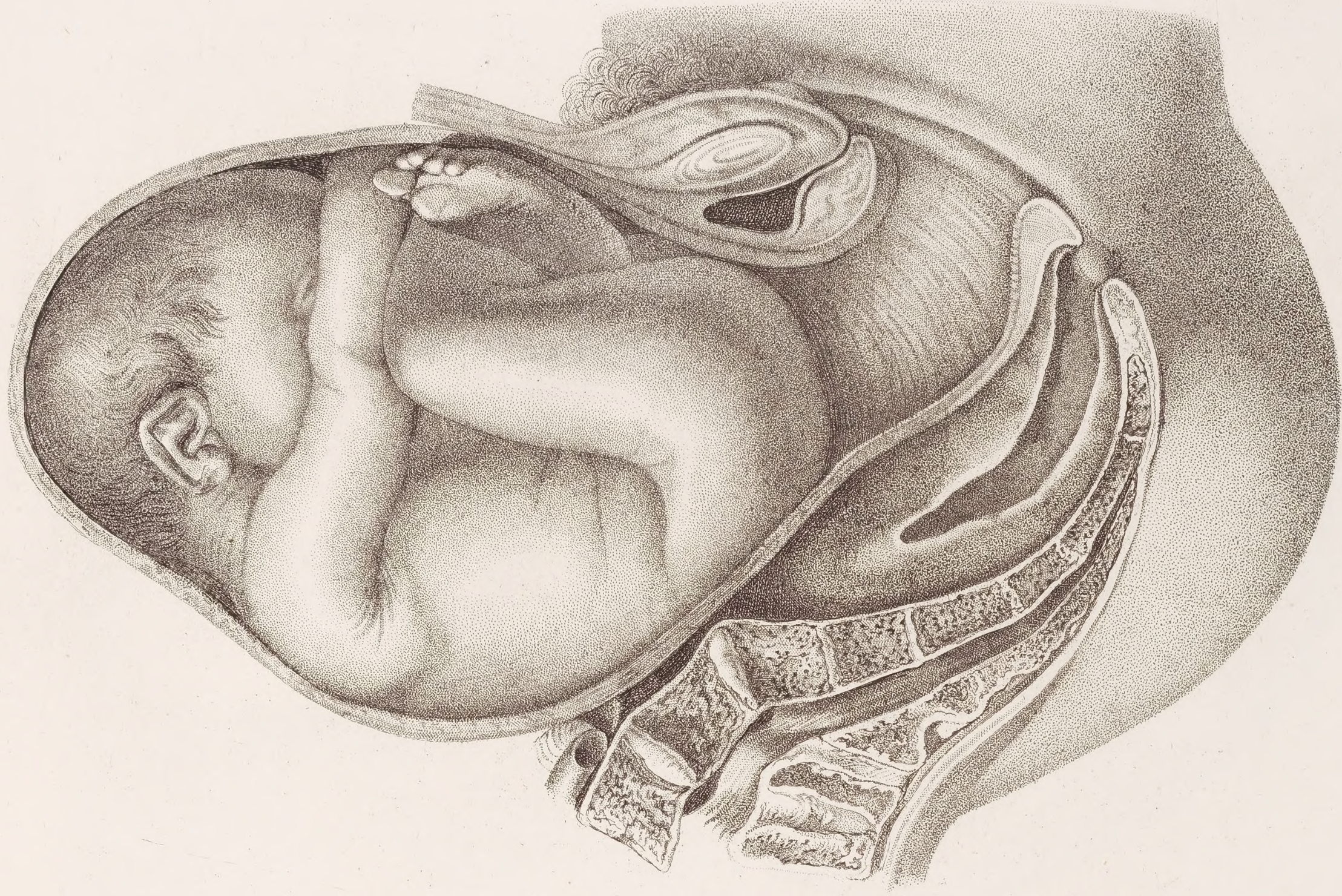


Fig. 2.

primo tempo nella quarta posizione delle matrici

Raffaele Atlante di Ostetricia

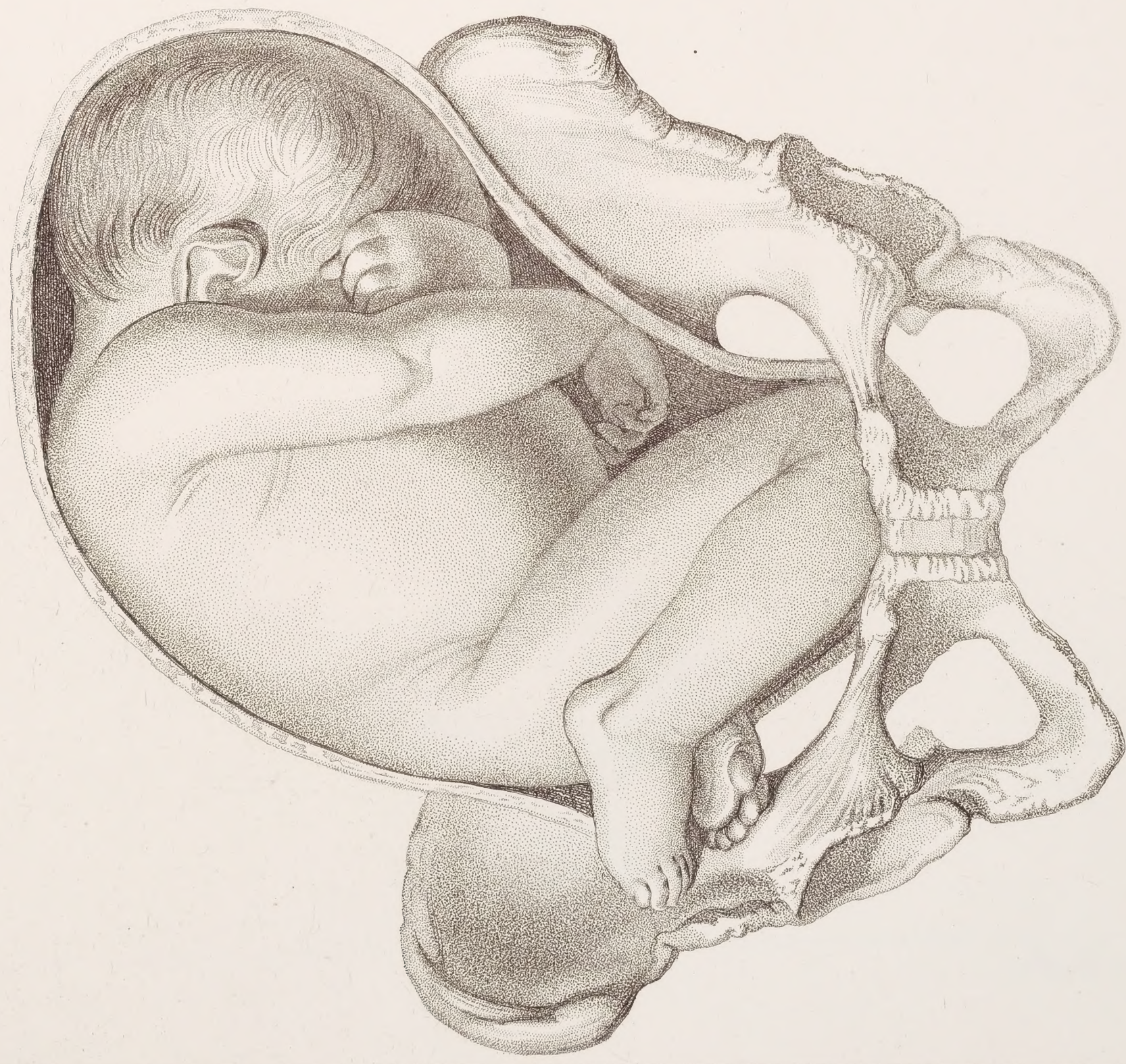


Fig. 2.

primo tempo nella terza posizione delle ginocchia

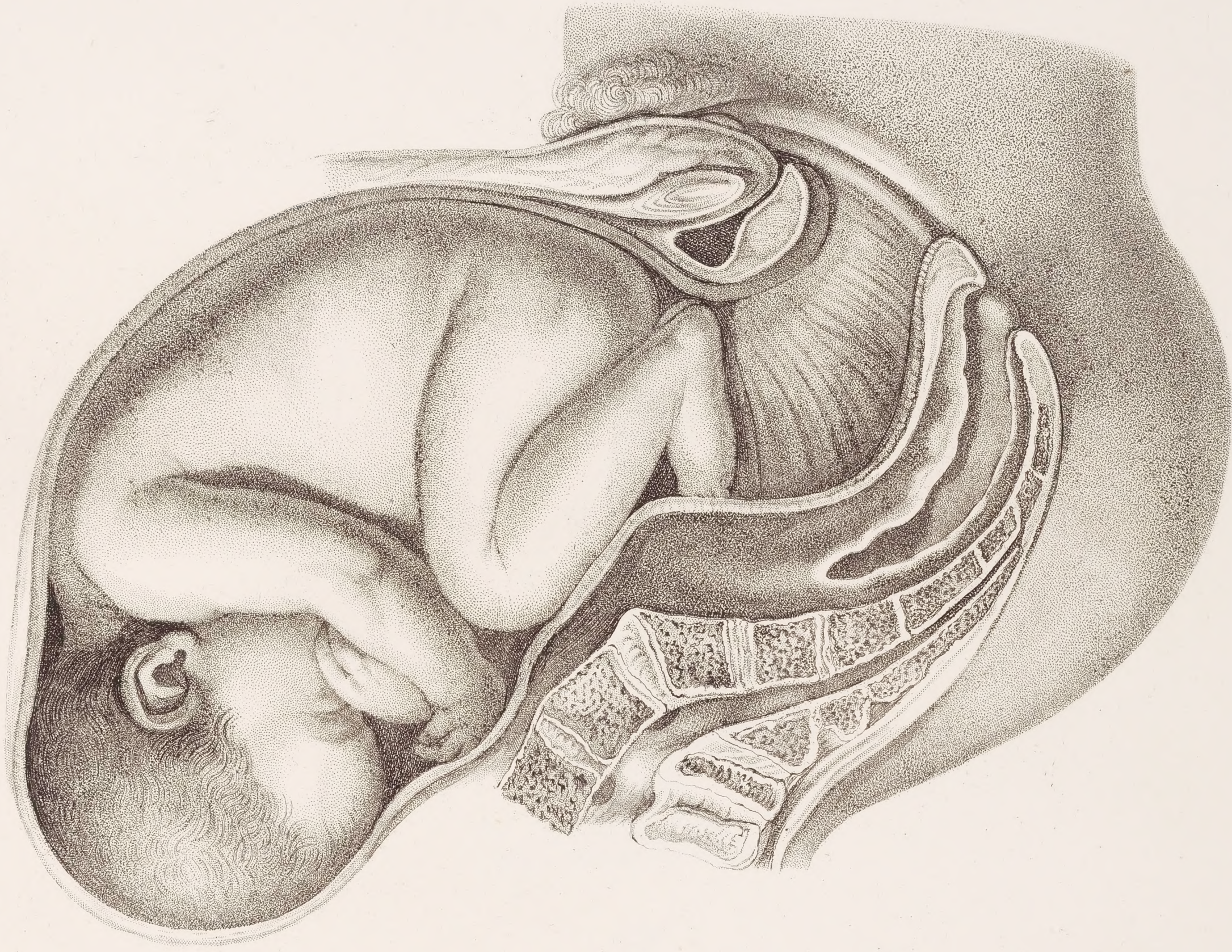


Fig. 1.

primo tempo nella seconda posizione dei piedi

Fig. 1.

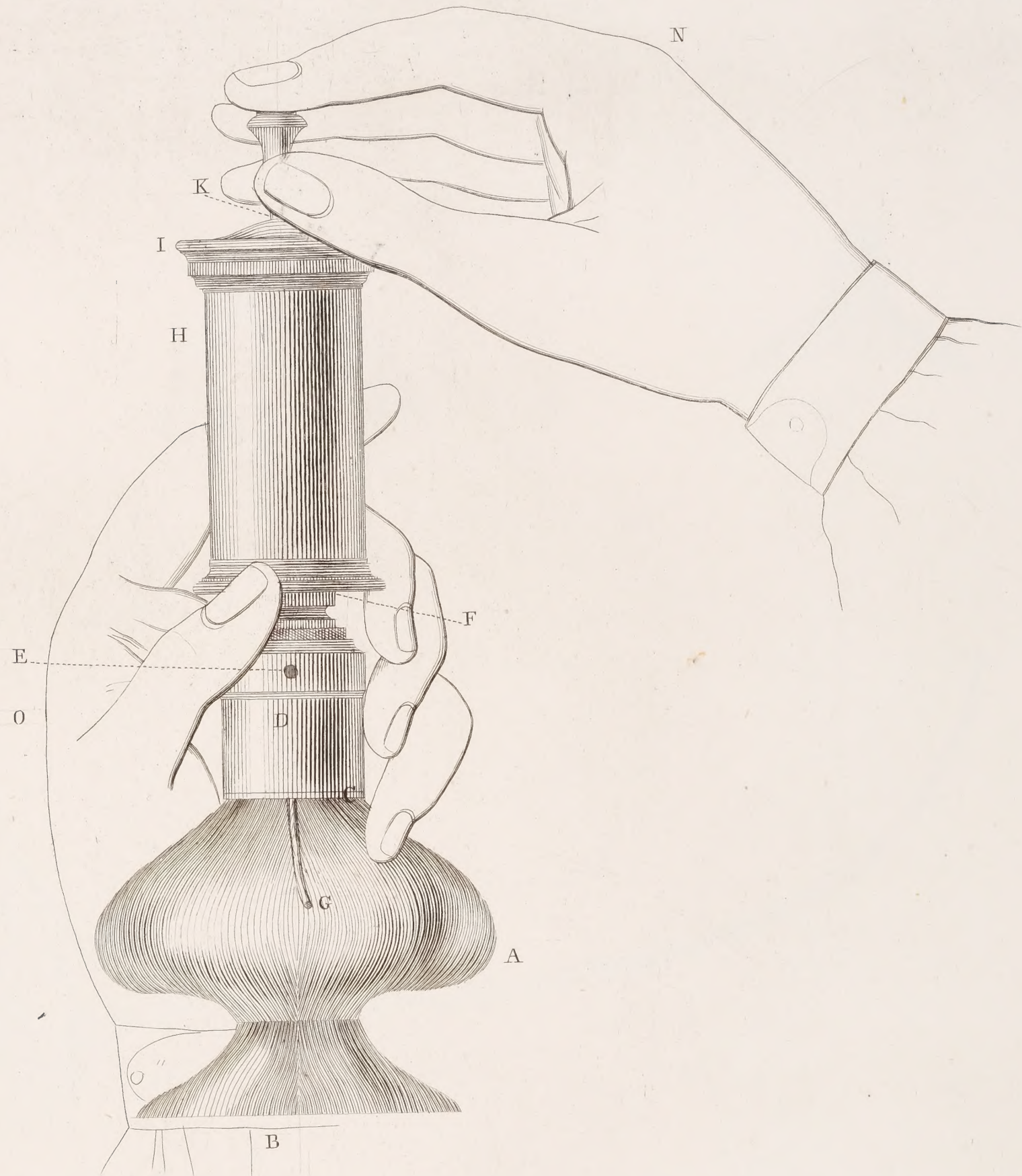
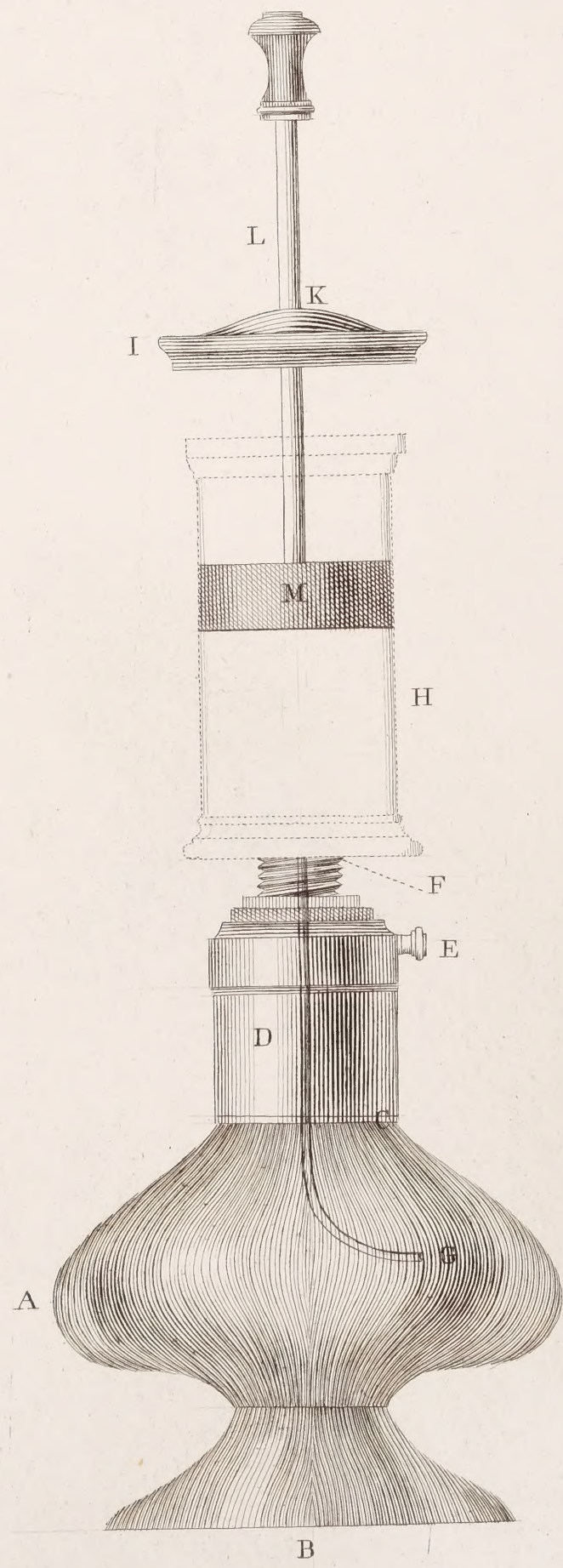


Fig. 2.



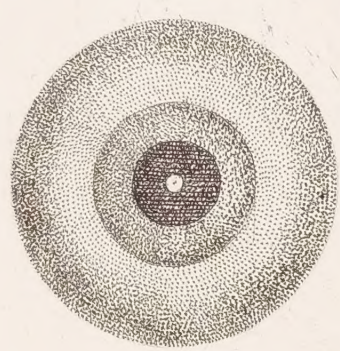


Fig. 4.

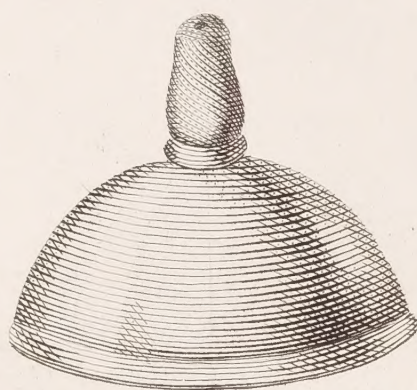


Fig. 8.

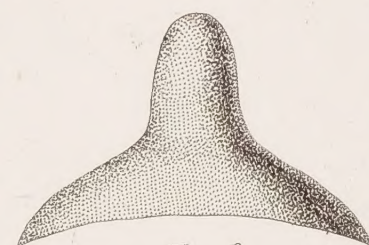


Fig. 3.

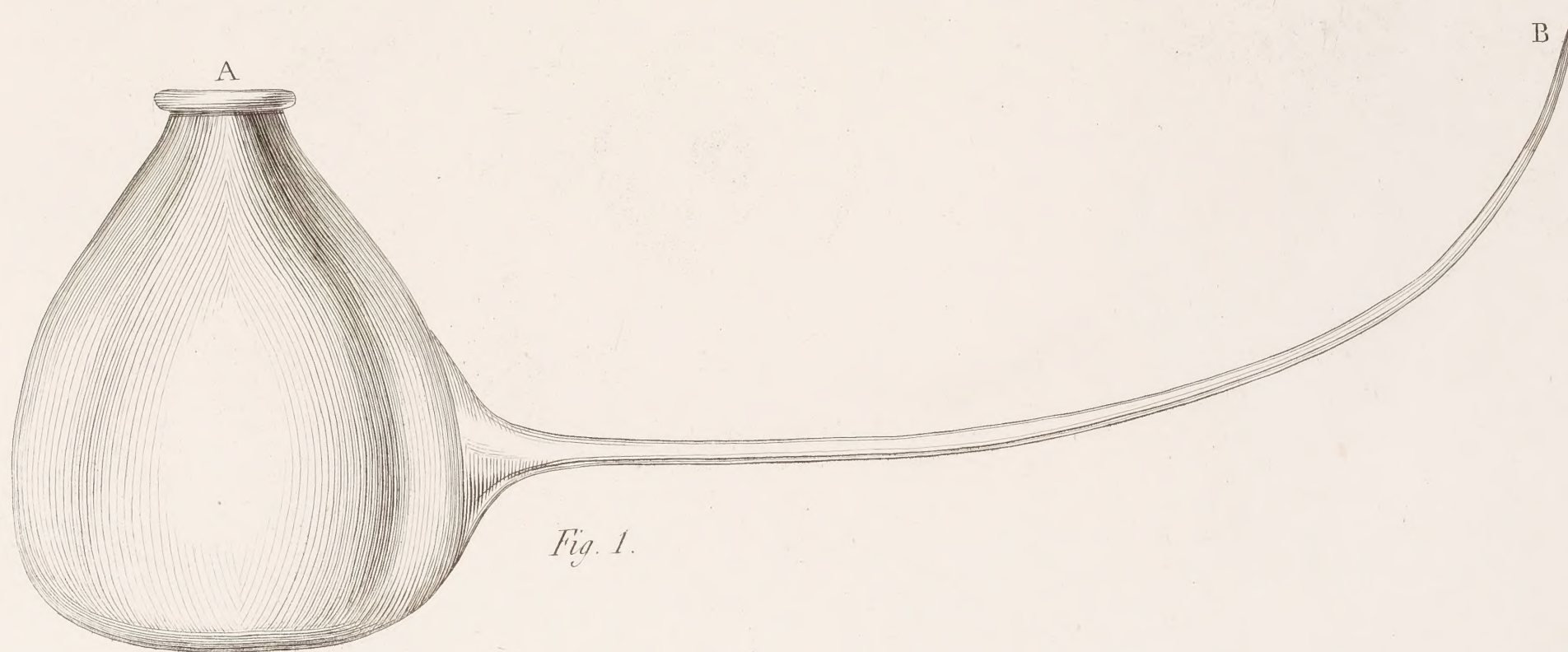


Fig. 1.

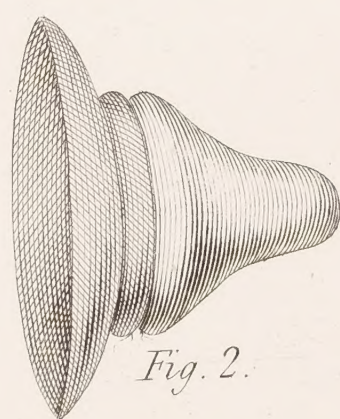


Fig. 2.

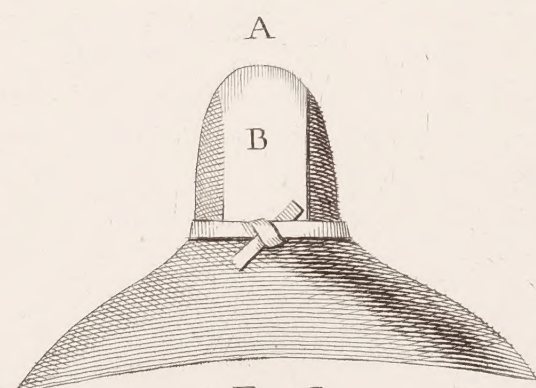


Fig. 7.

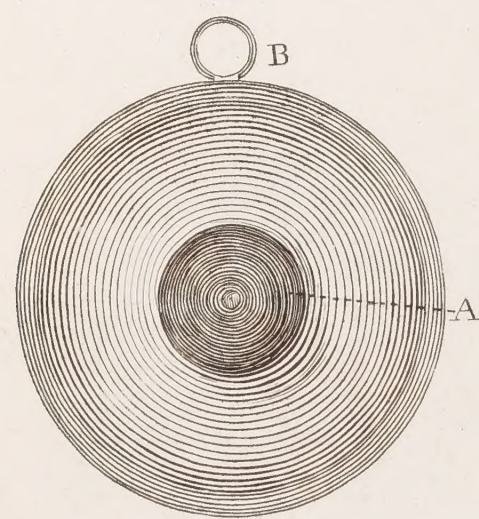


Fig. 9.

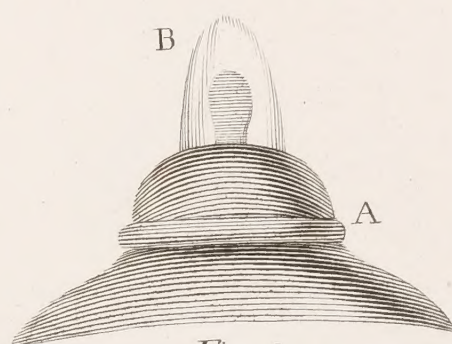


Fig. 5.

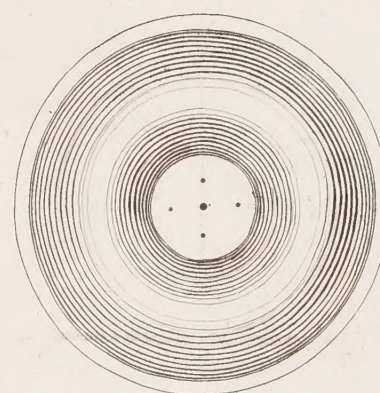
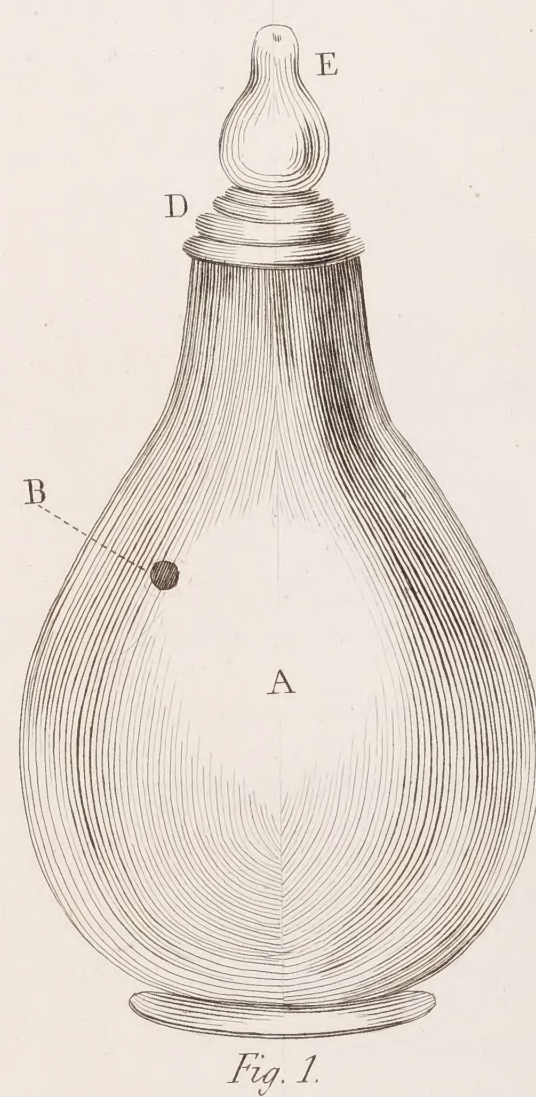
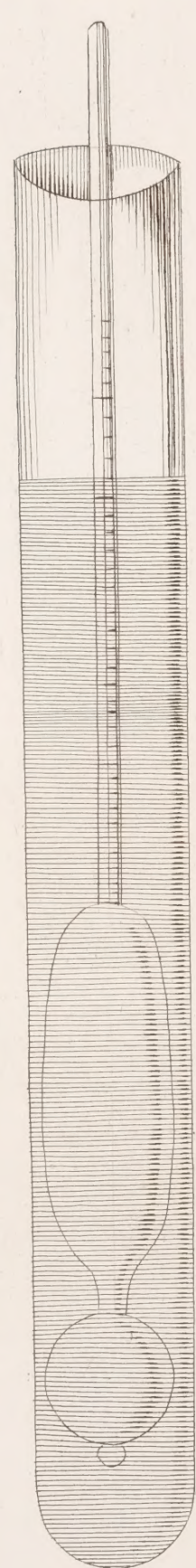
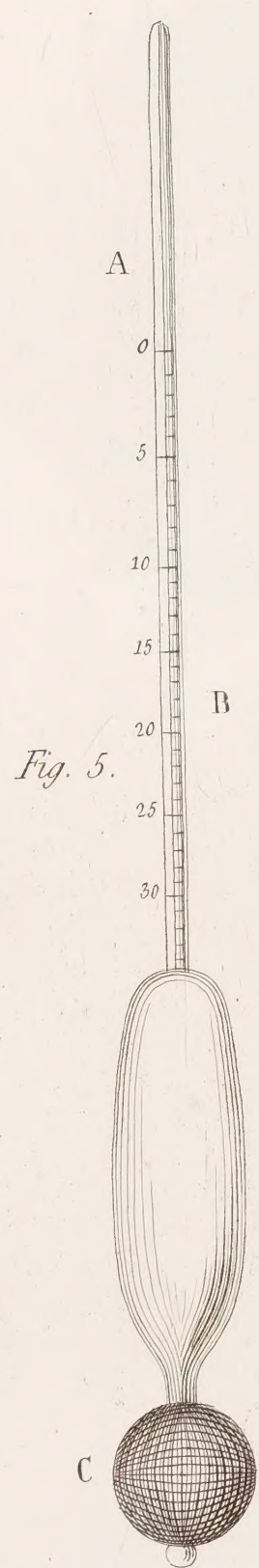
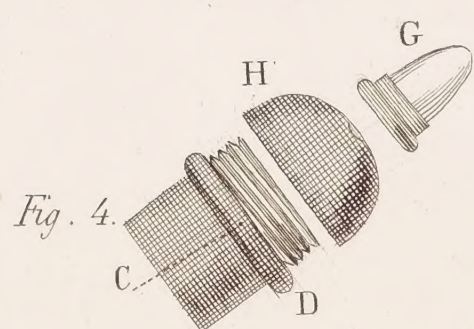
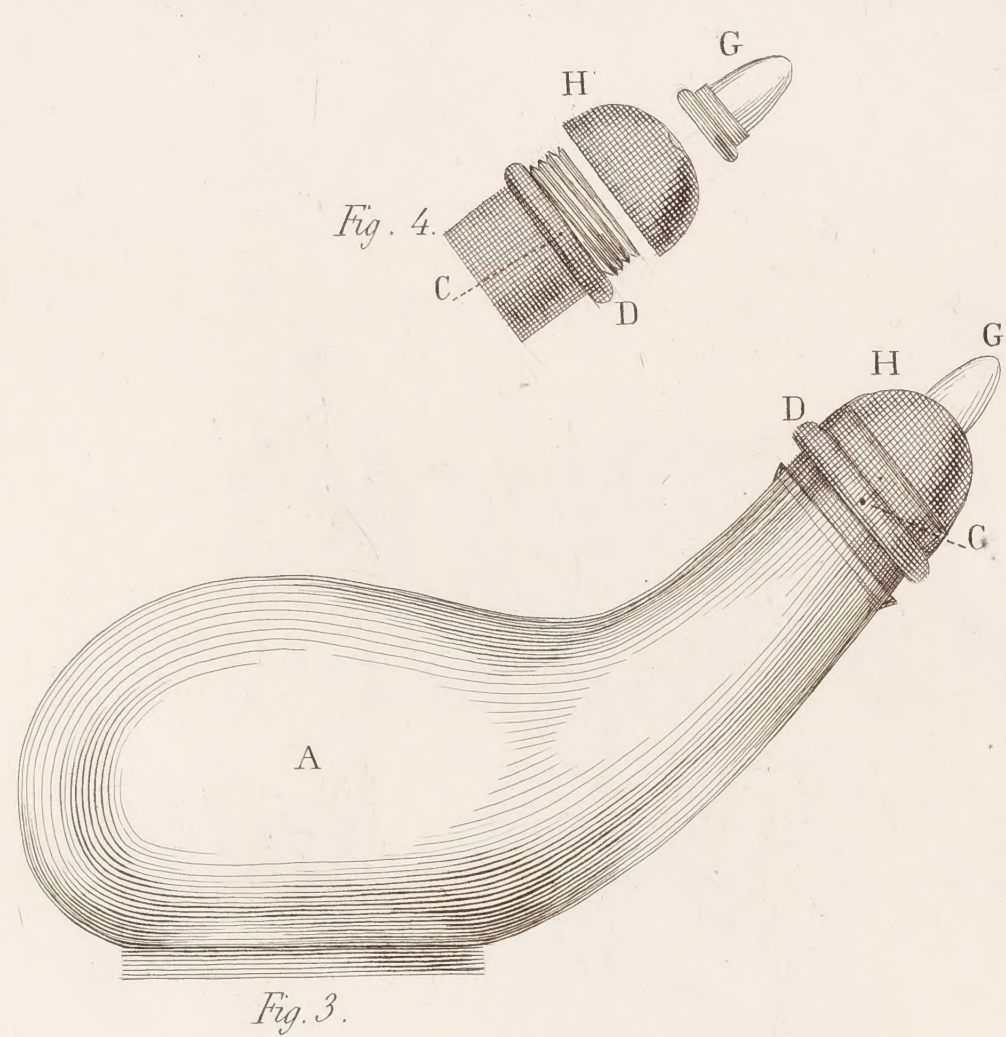


Fig. 6.





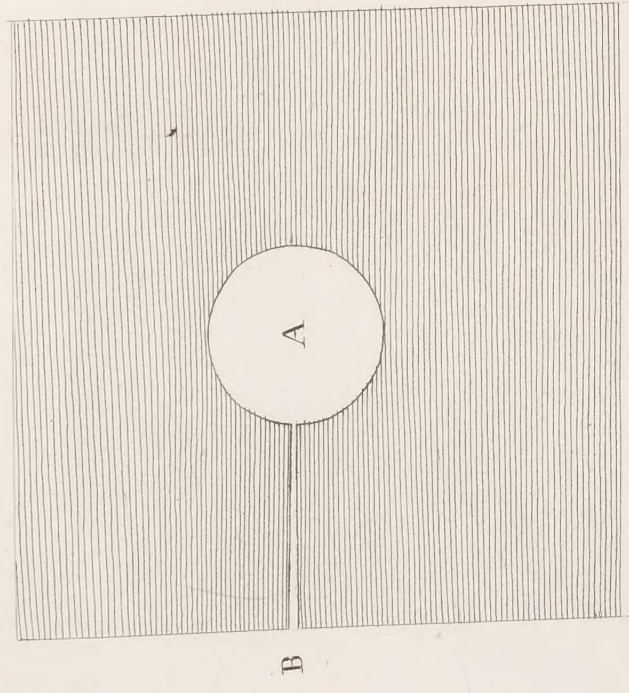


Fig. 5.

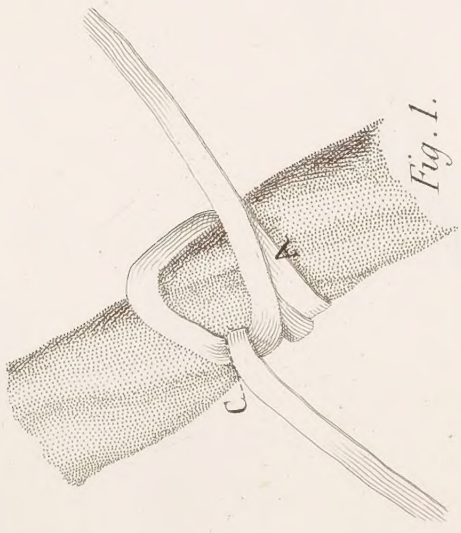


Fig. 1.

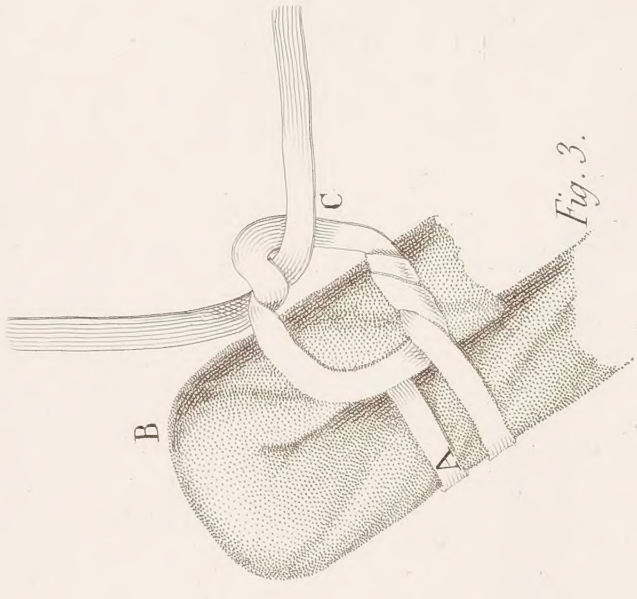


Fig. 3.

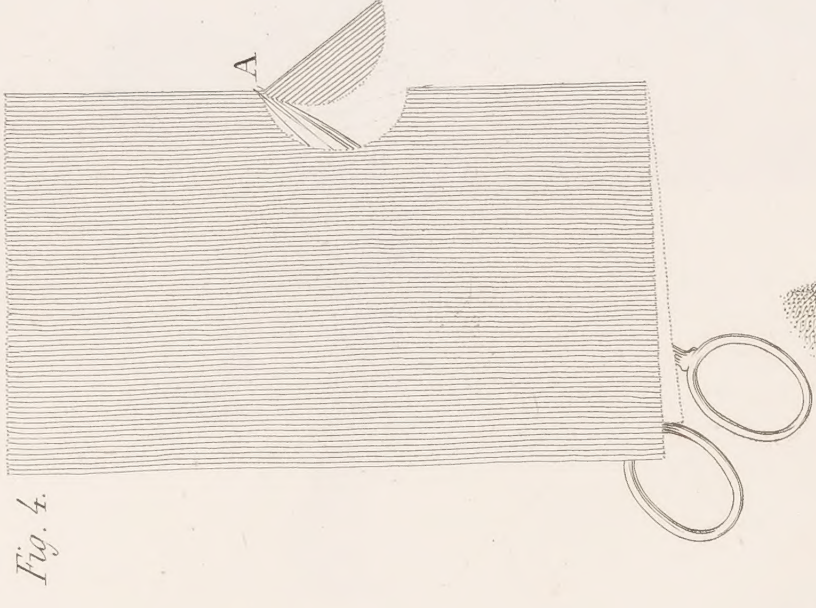


Fig. 4.

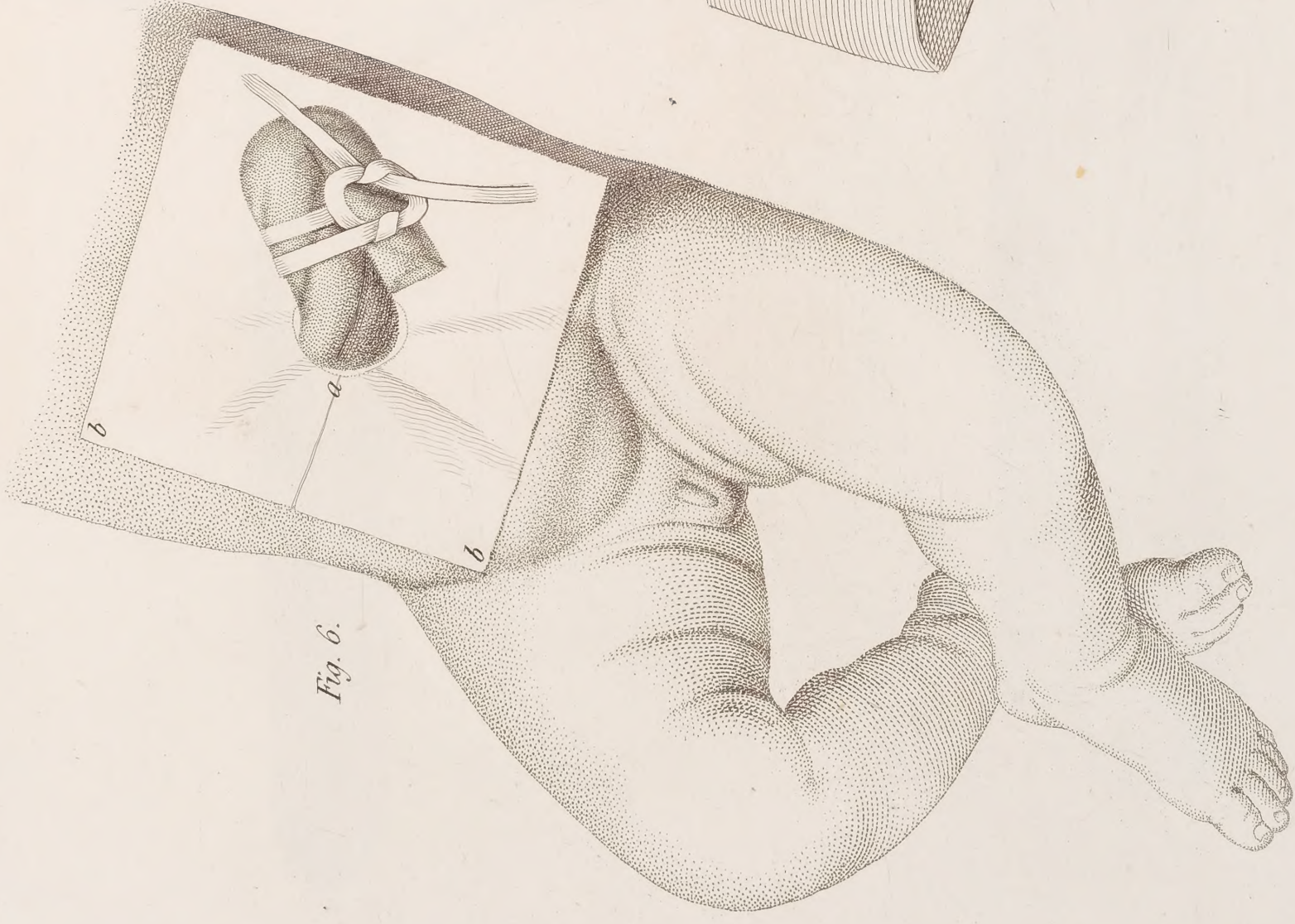


Fig. 6.

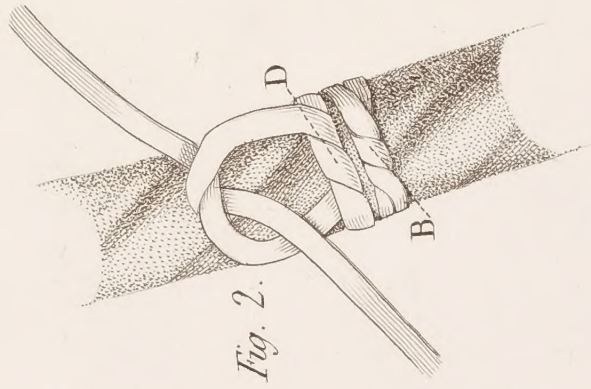


Fig. 2.

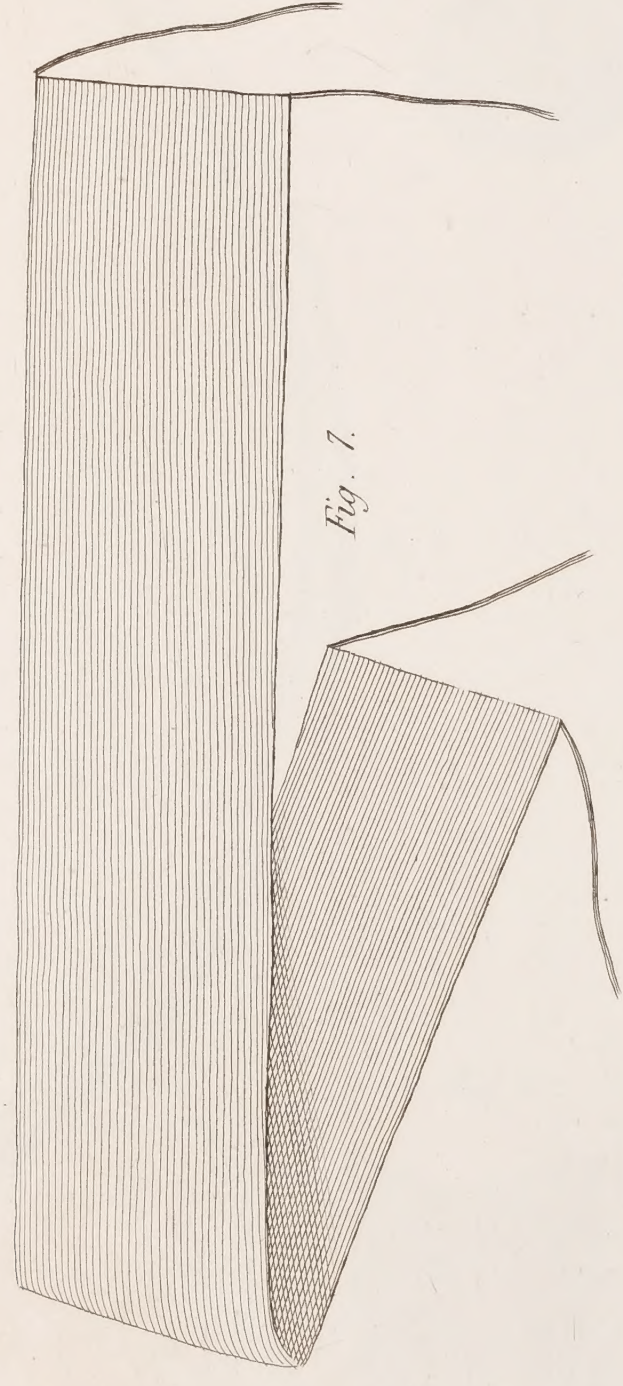


Fig. 7.

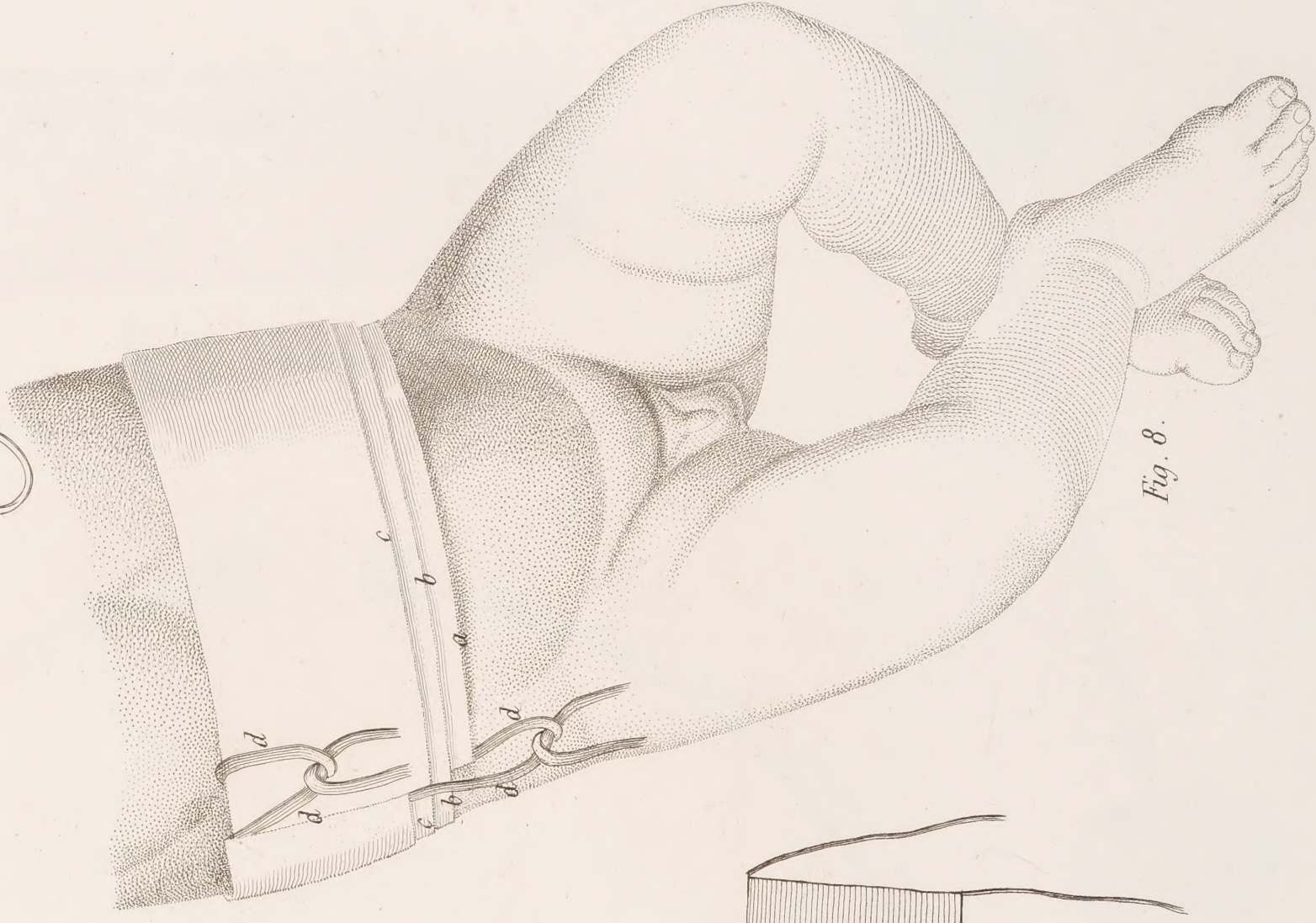


Fig. 8.

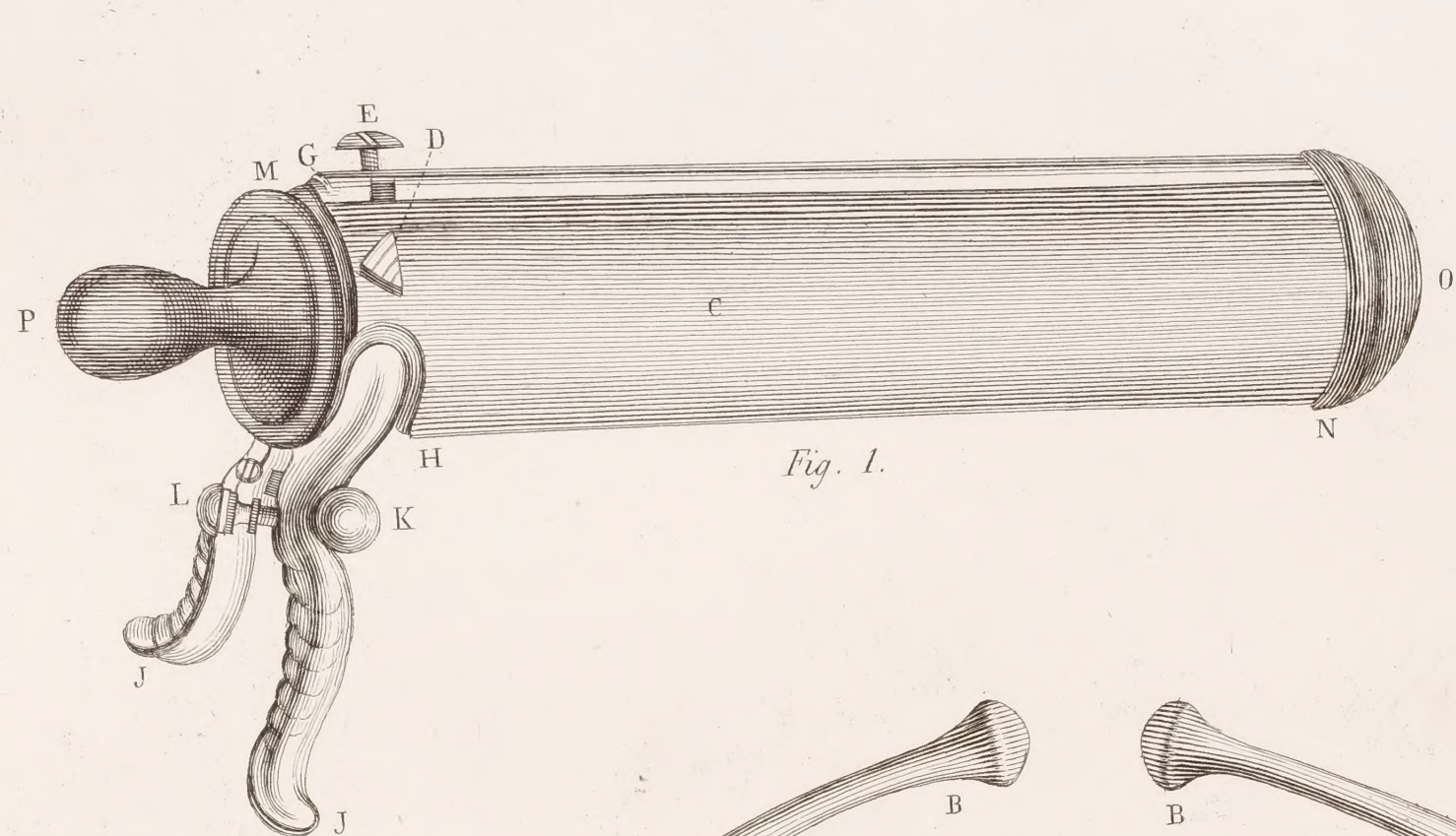


Fig. 1.

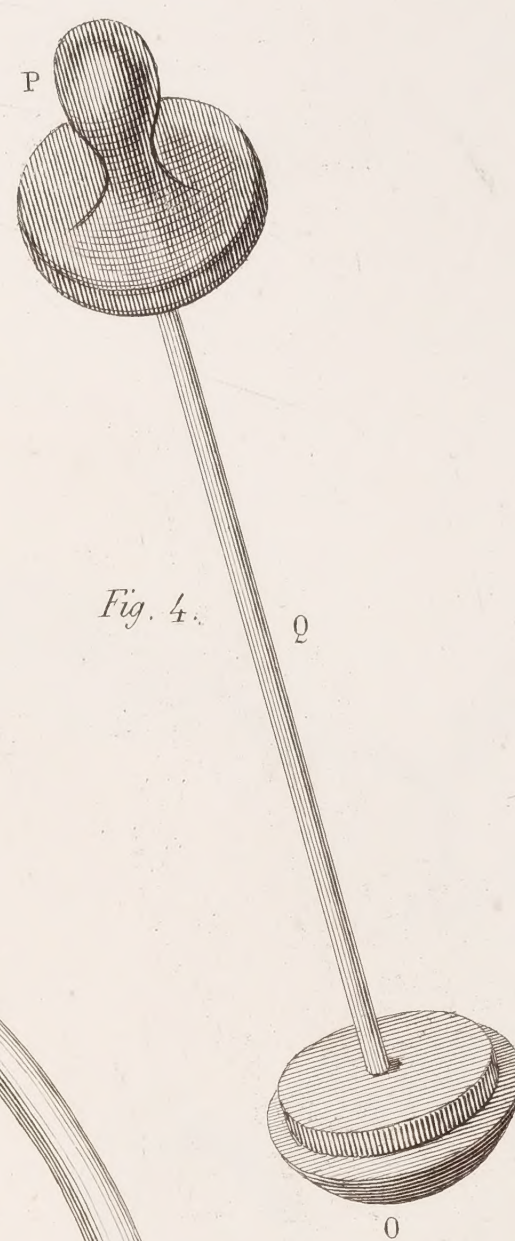


Fig. 4.

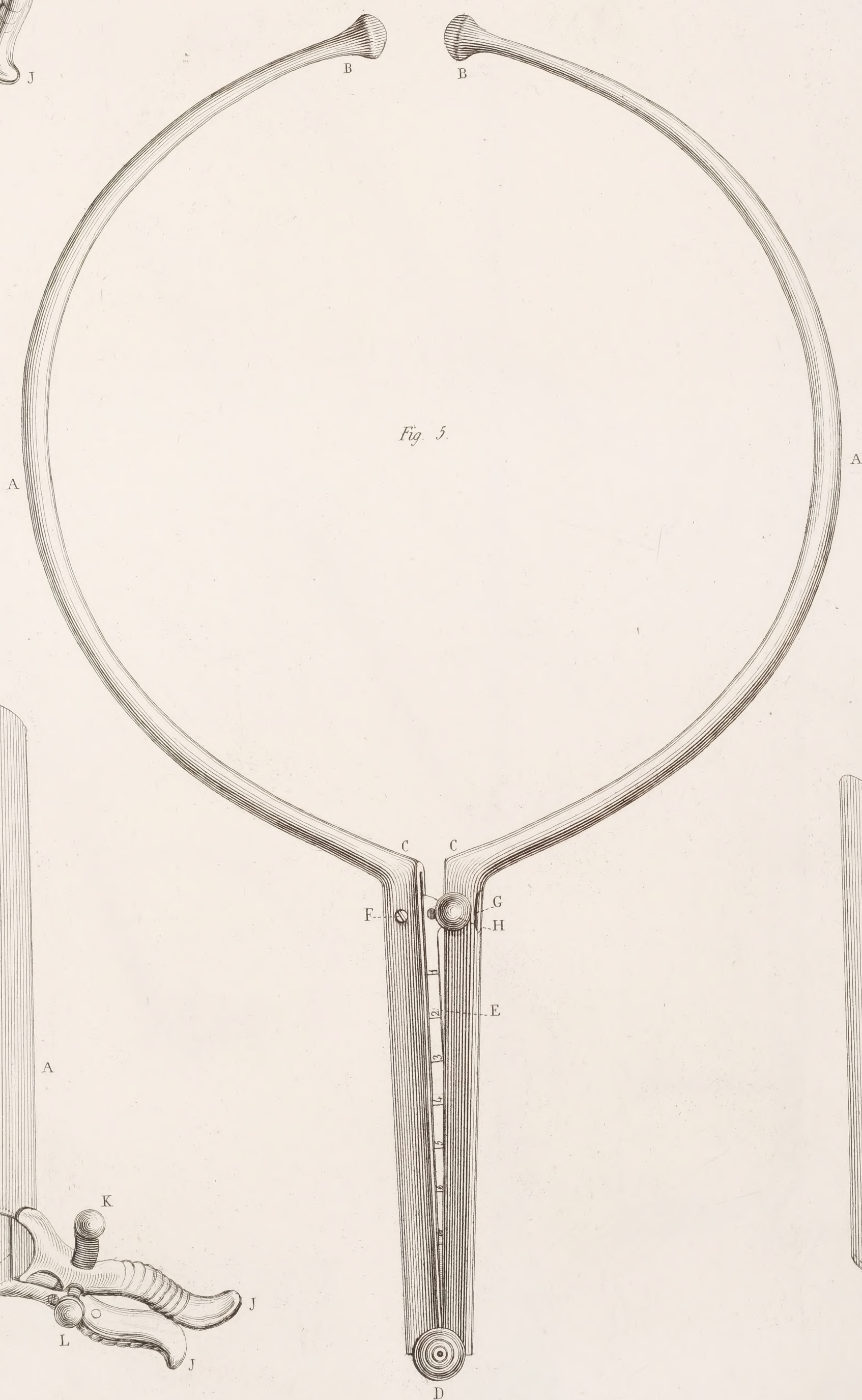


Fig. 5.

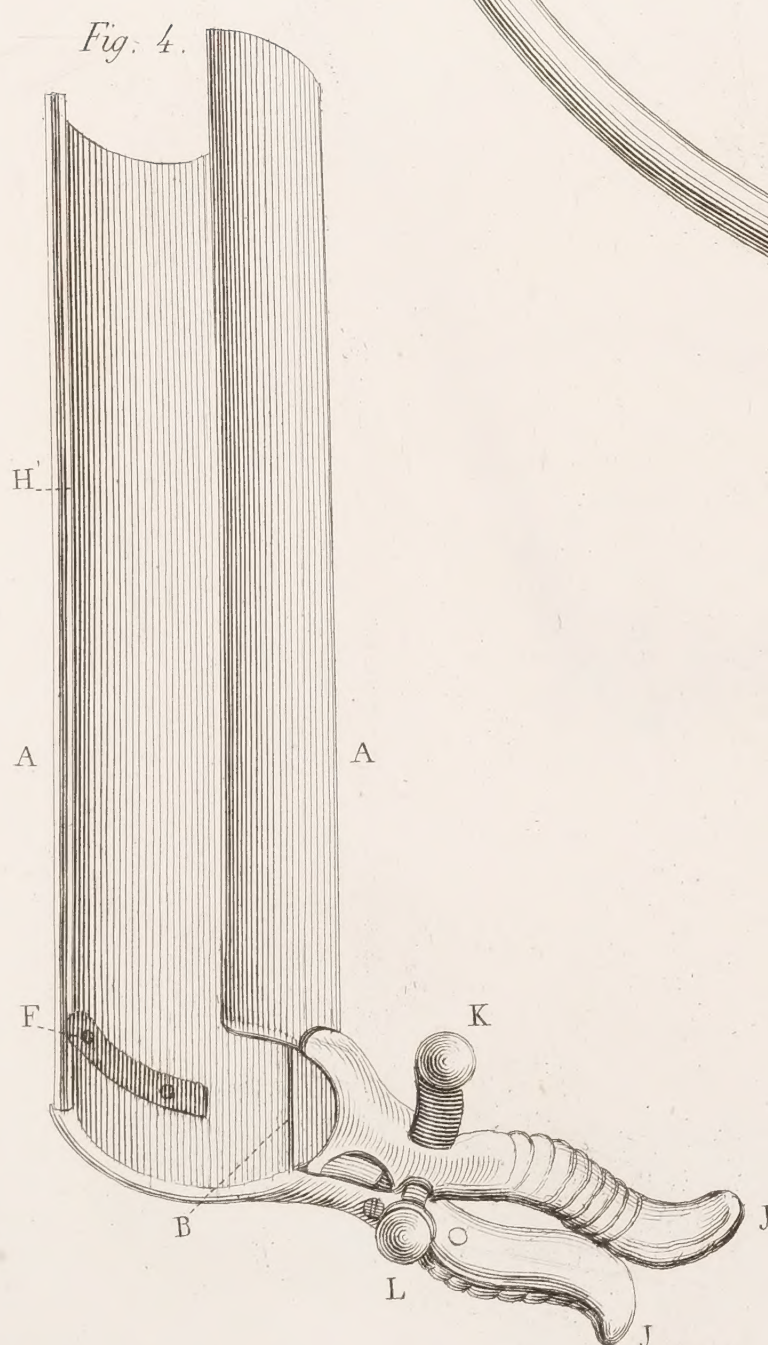


Fig. 4.

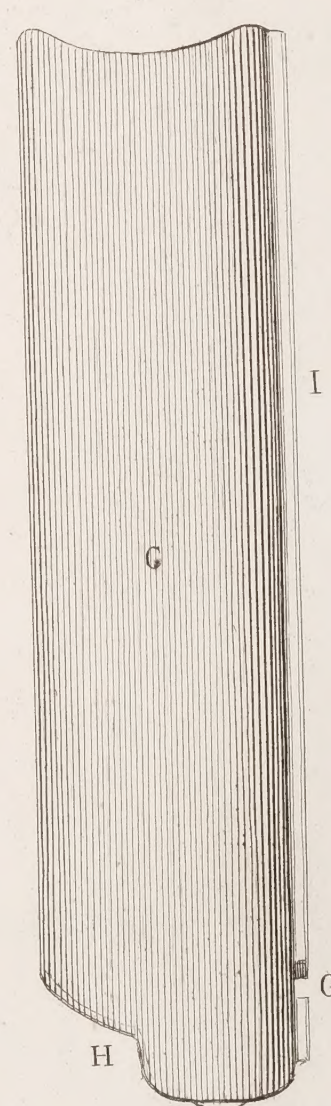
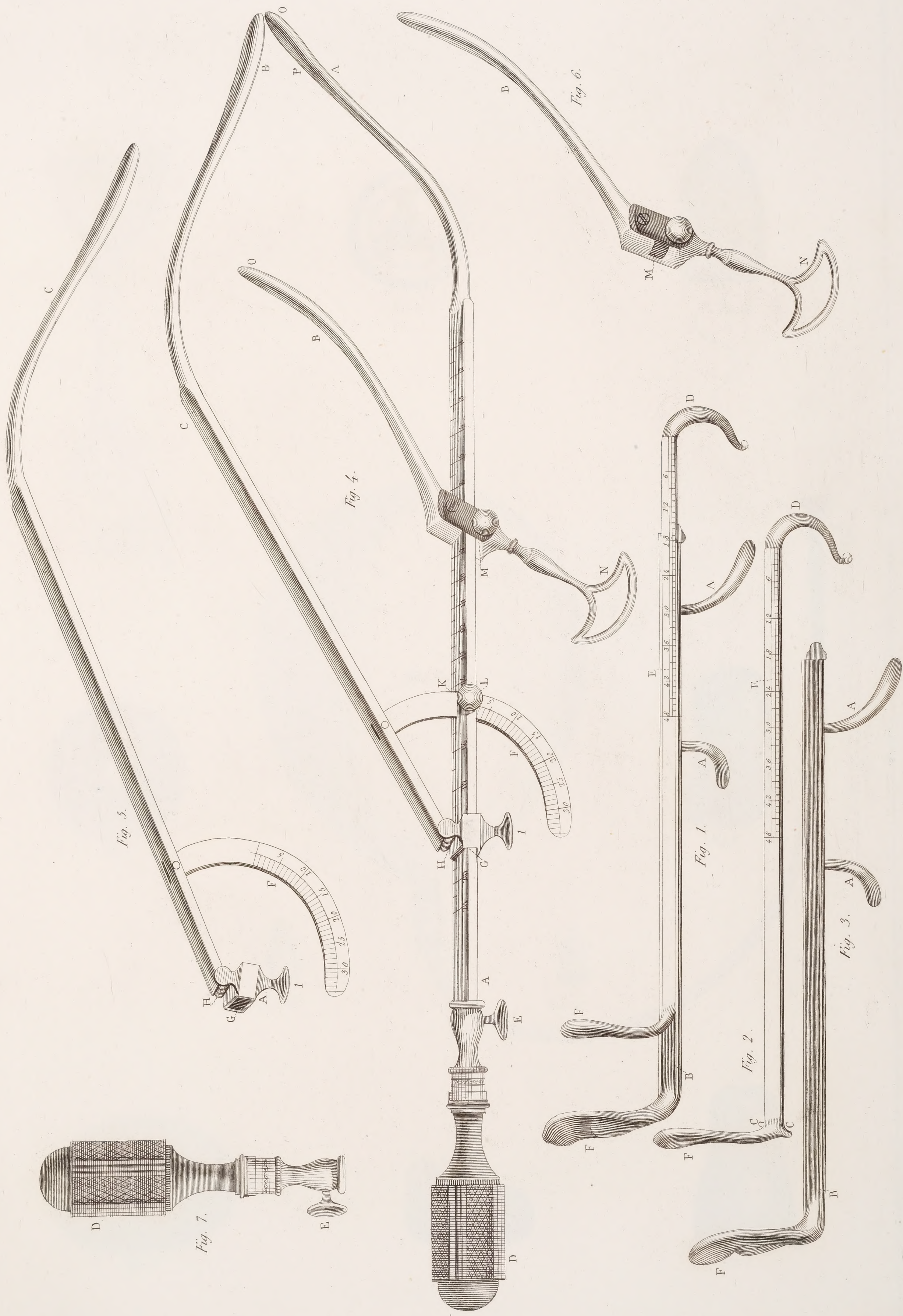


Fig. 3.



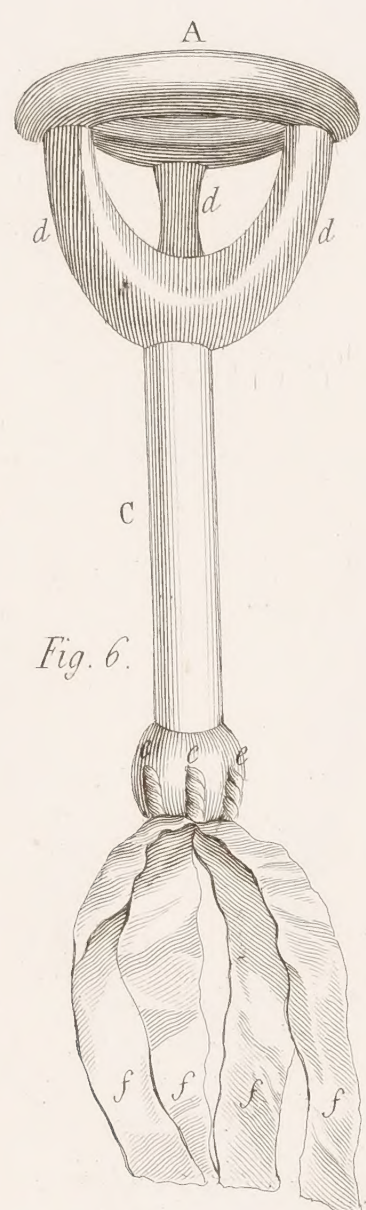


Fig. 6.

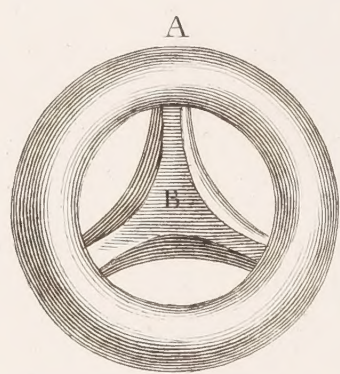


Fig. 7.



Fig. 8.

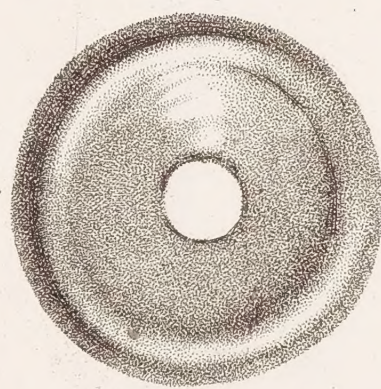


Fig. 3.

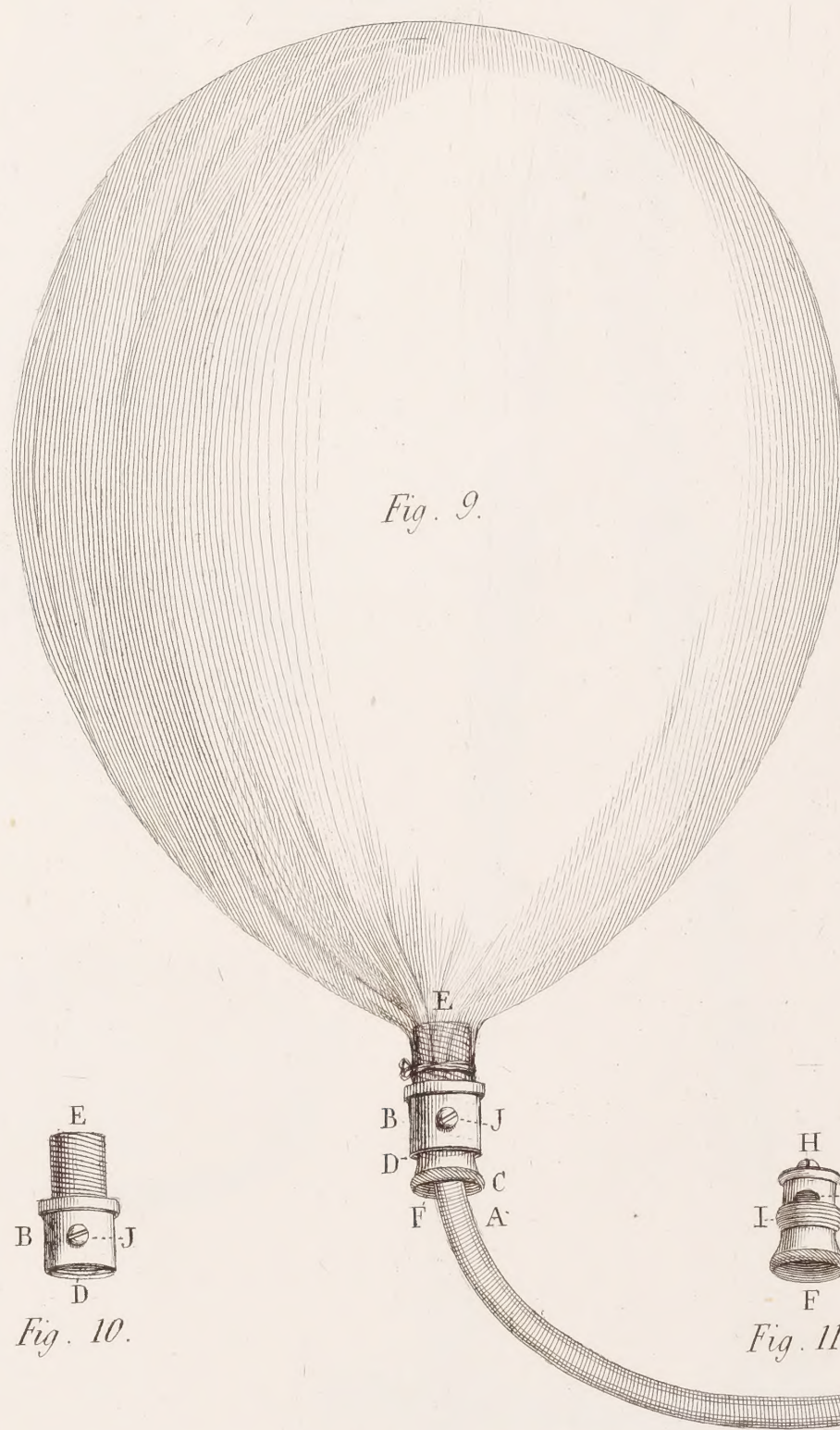


Fig. 9.

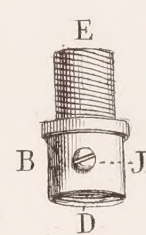


Fig. 10.



Fig. 11.

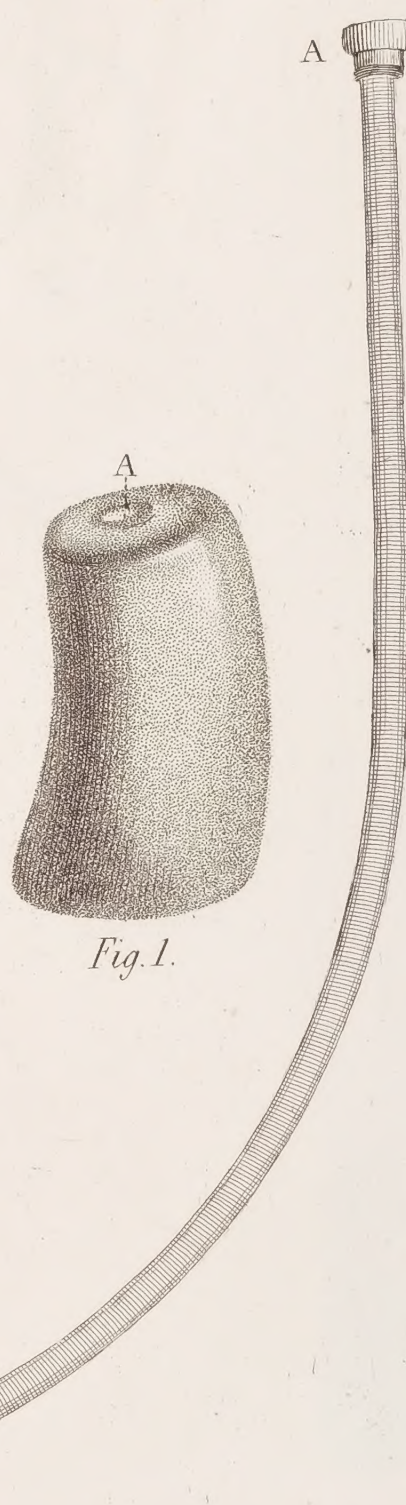


Fig. 1.

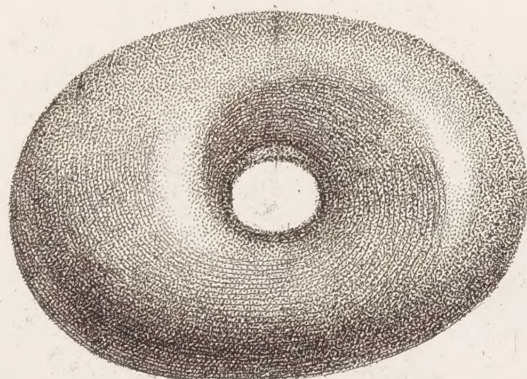


Fig. 4.

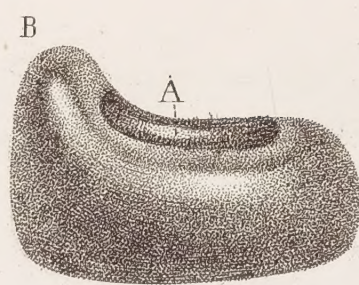
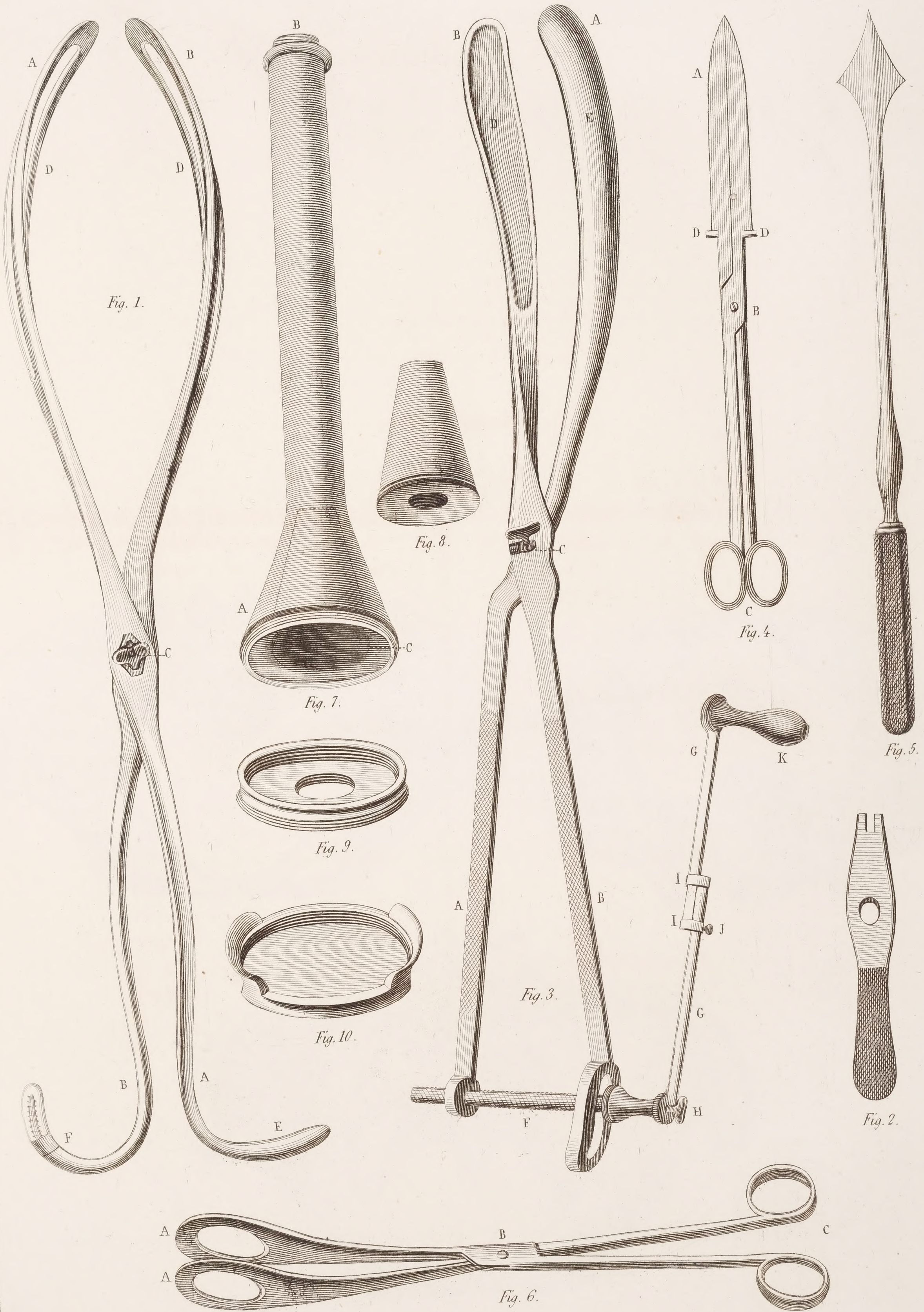


Fig. 5.



Fig. 2.



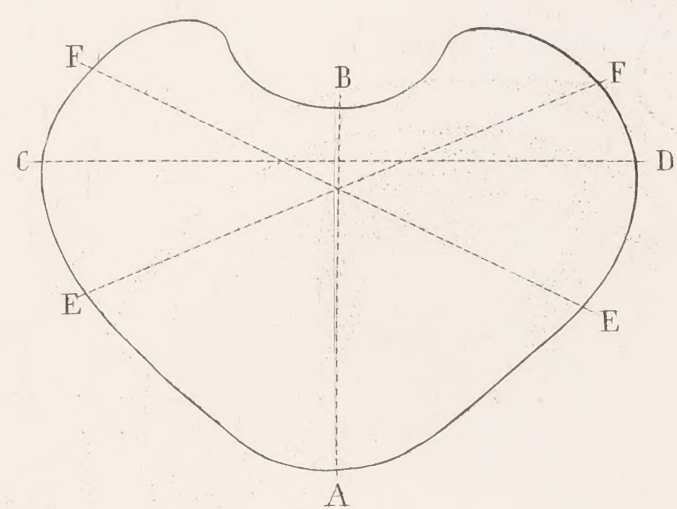


Fig. 6.

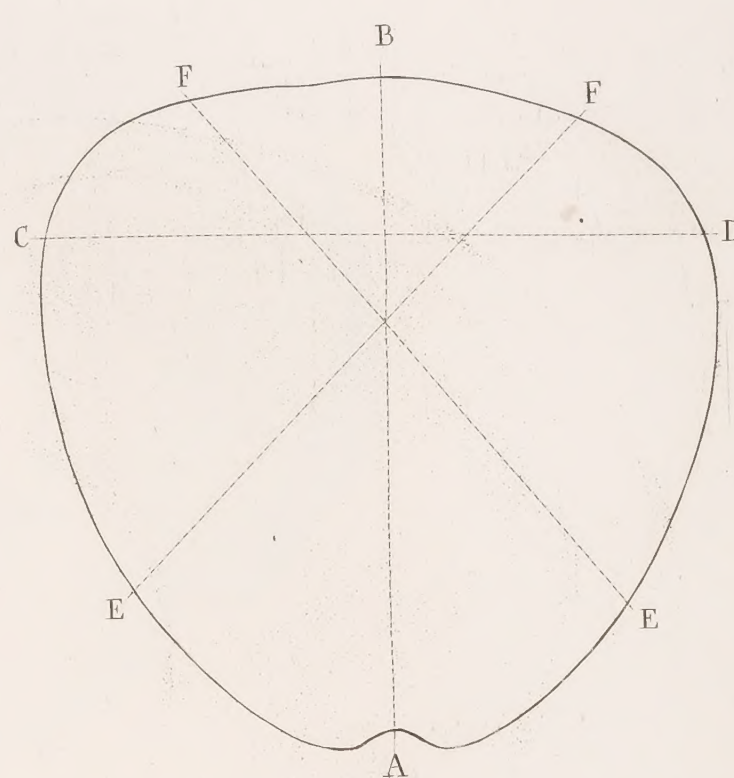


Fig. 7.

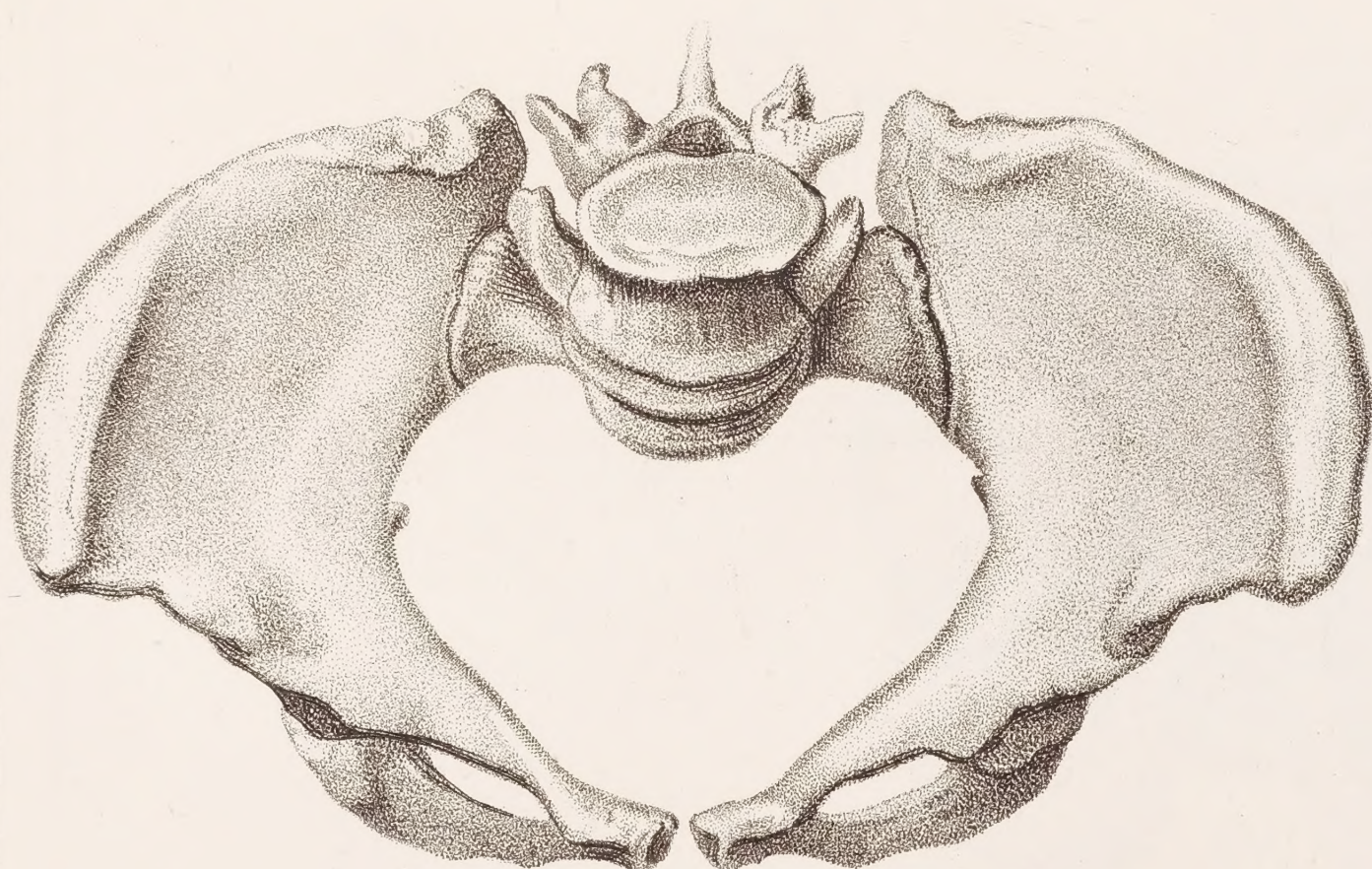


Fig. 4.

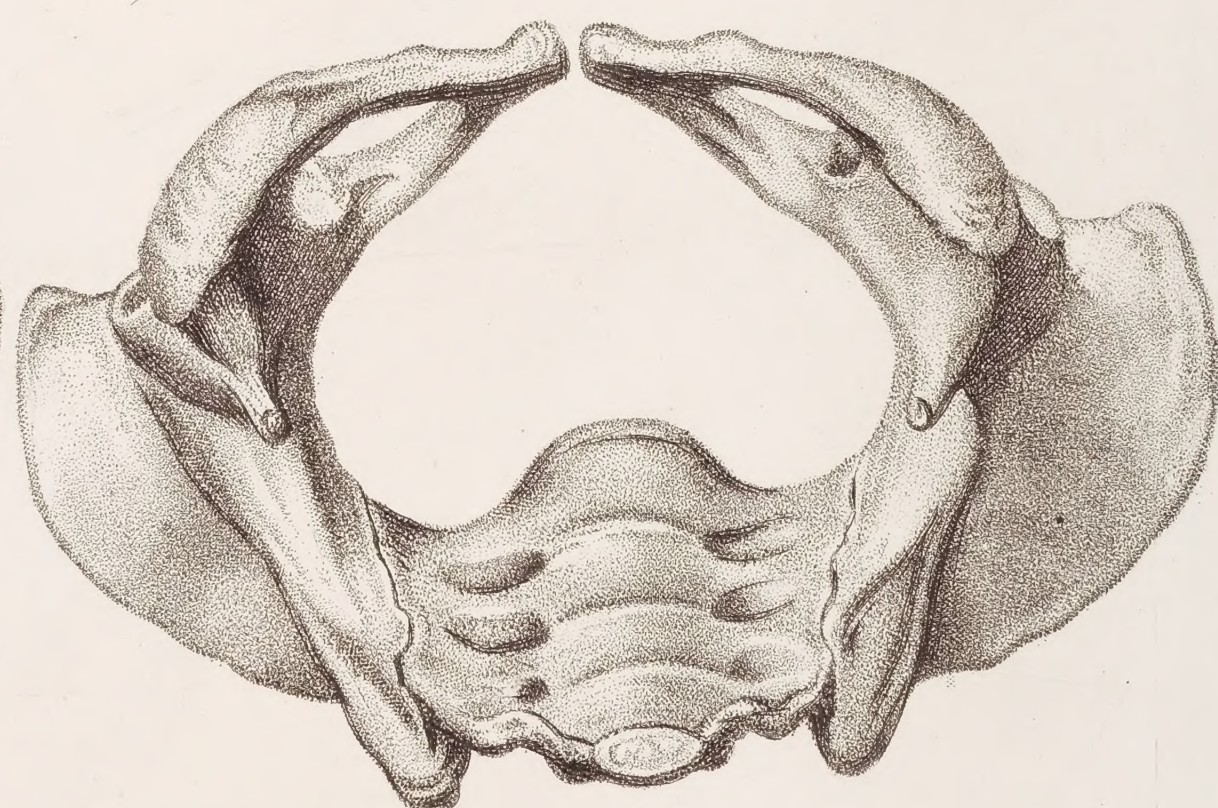


Fig. 5.

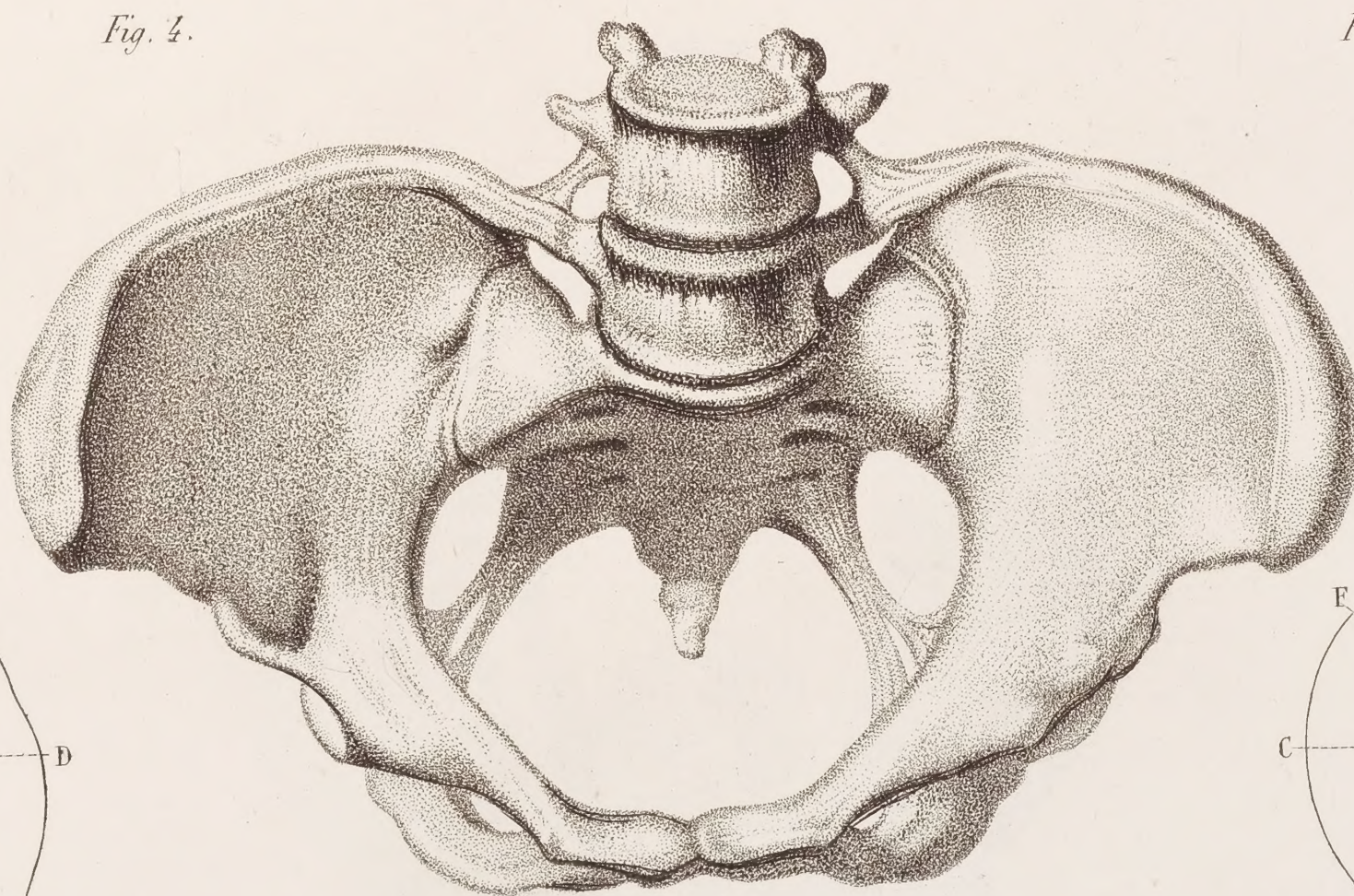


Fig. 1.

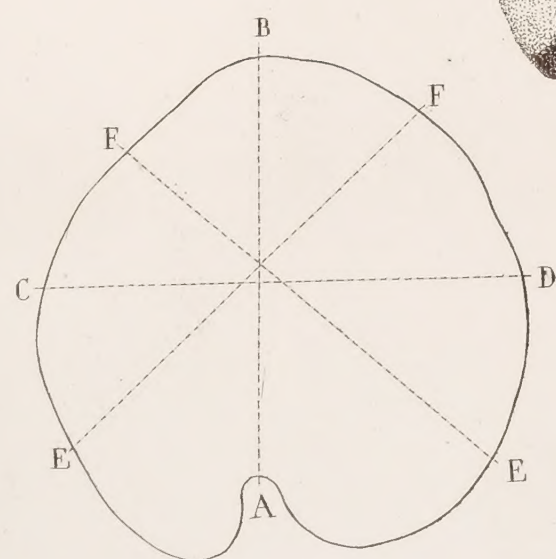


Fig. 3.

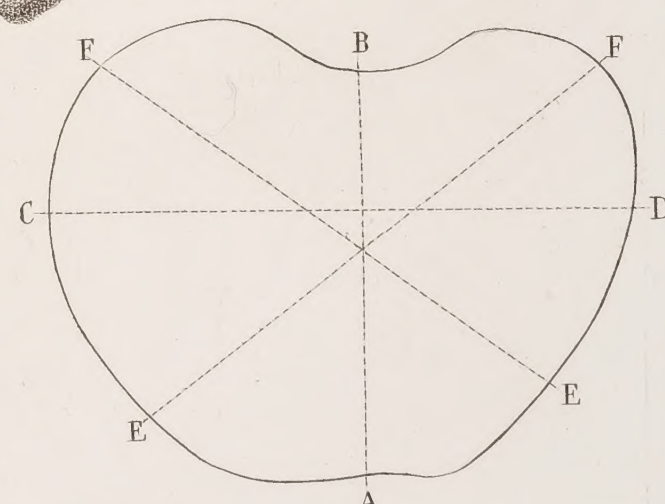


Fig. 2.

Fig. 1.

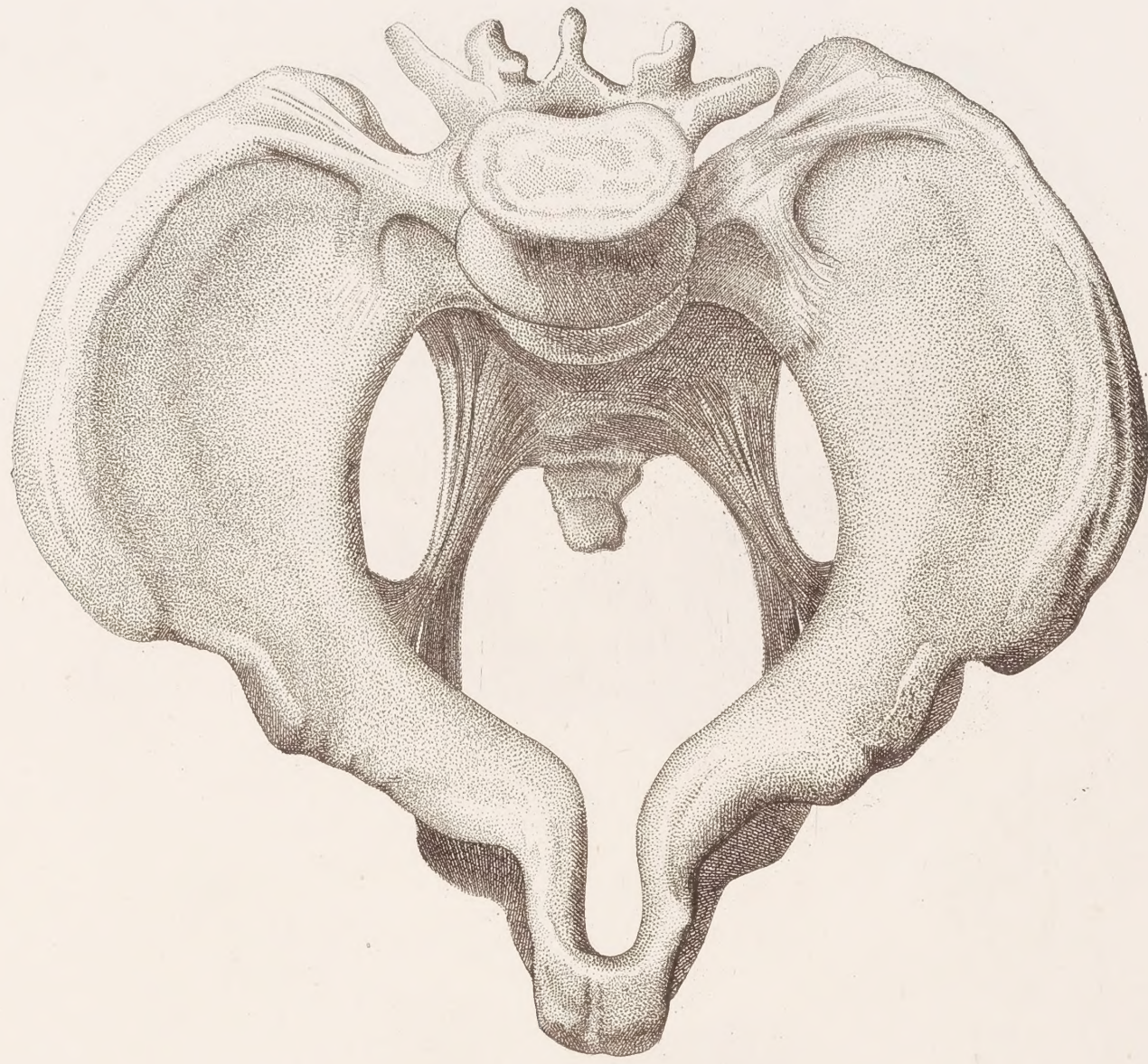


Fig. 4.

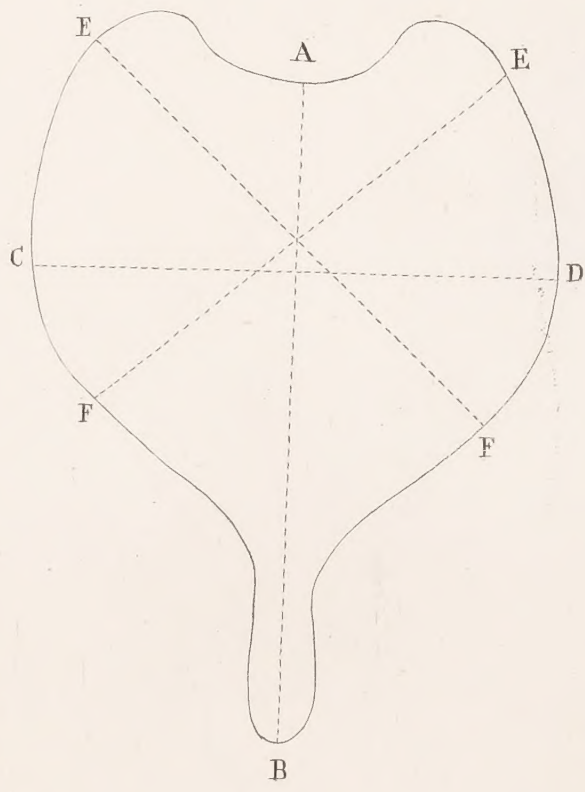


Fig. 5.

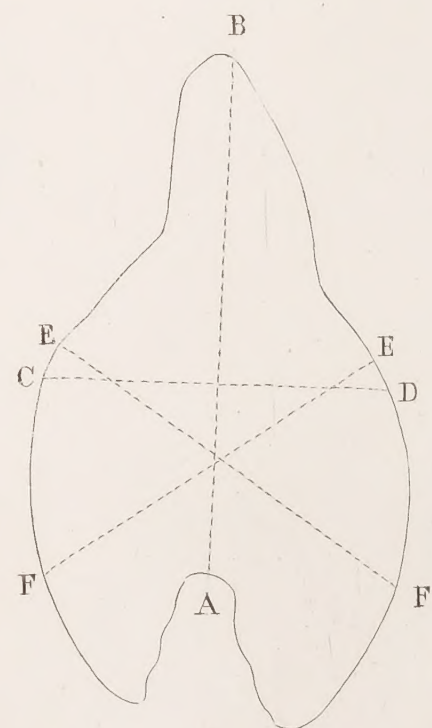


Fig. 3.

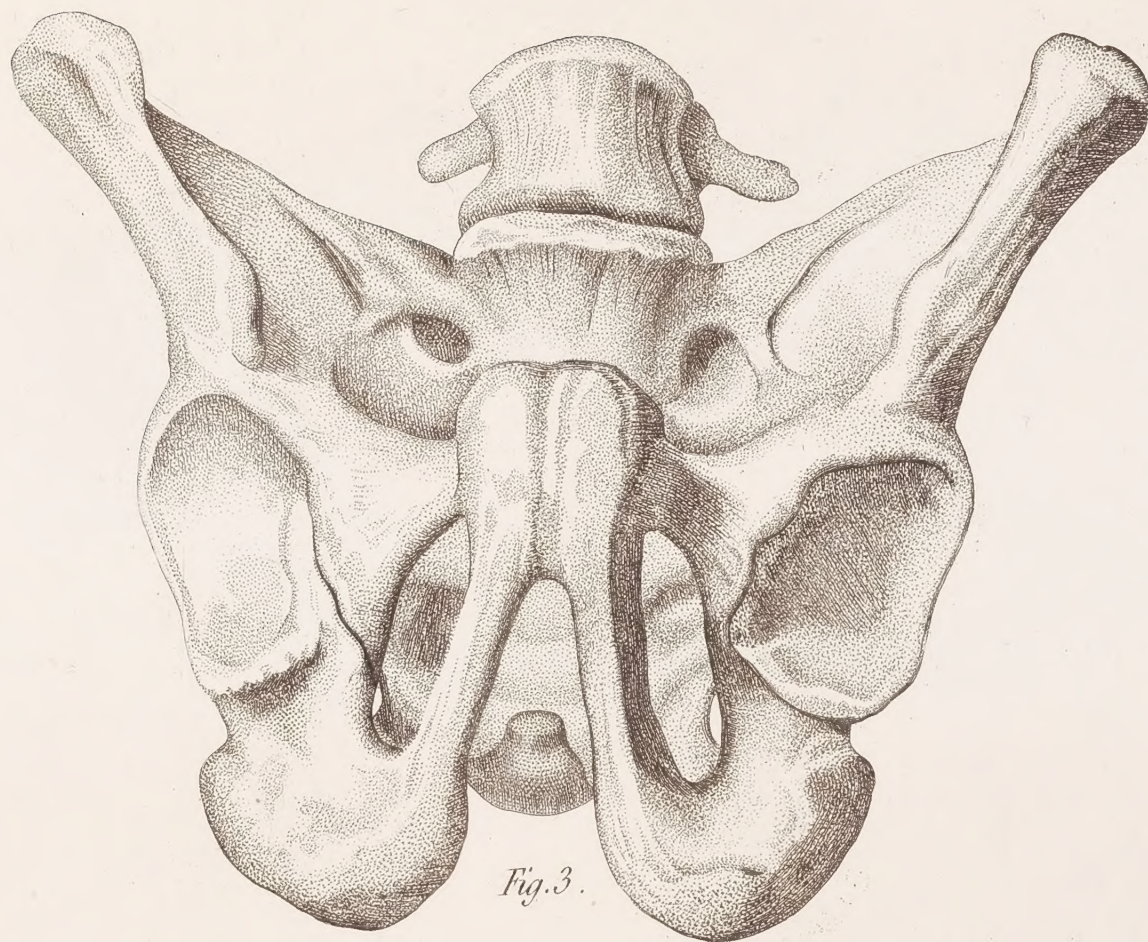
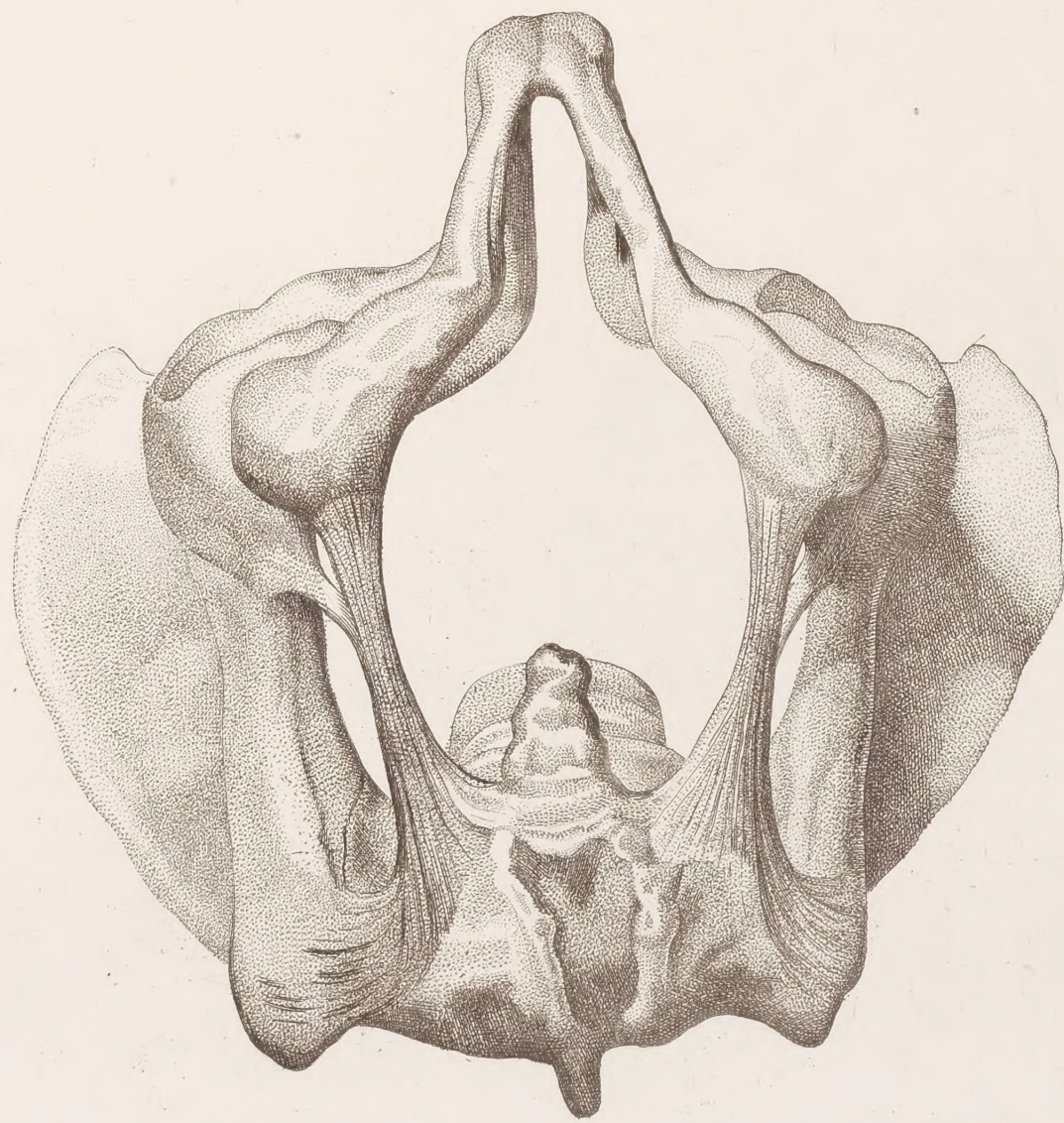


Fig. 2.



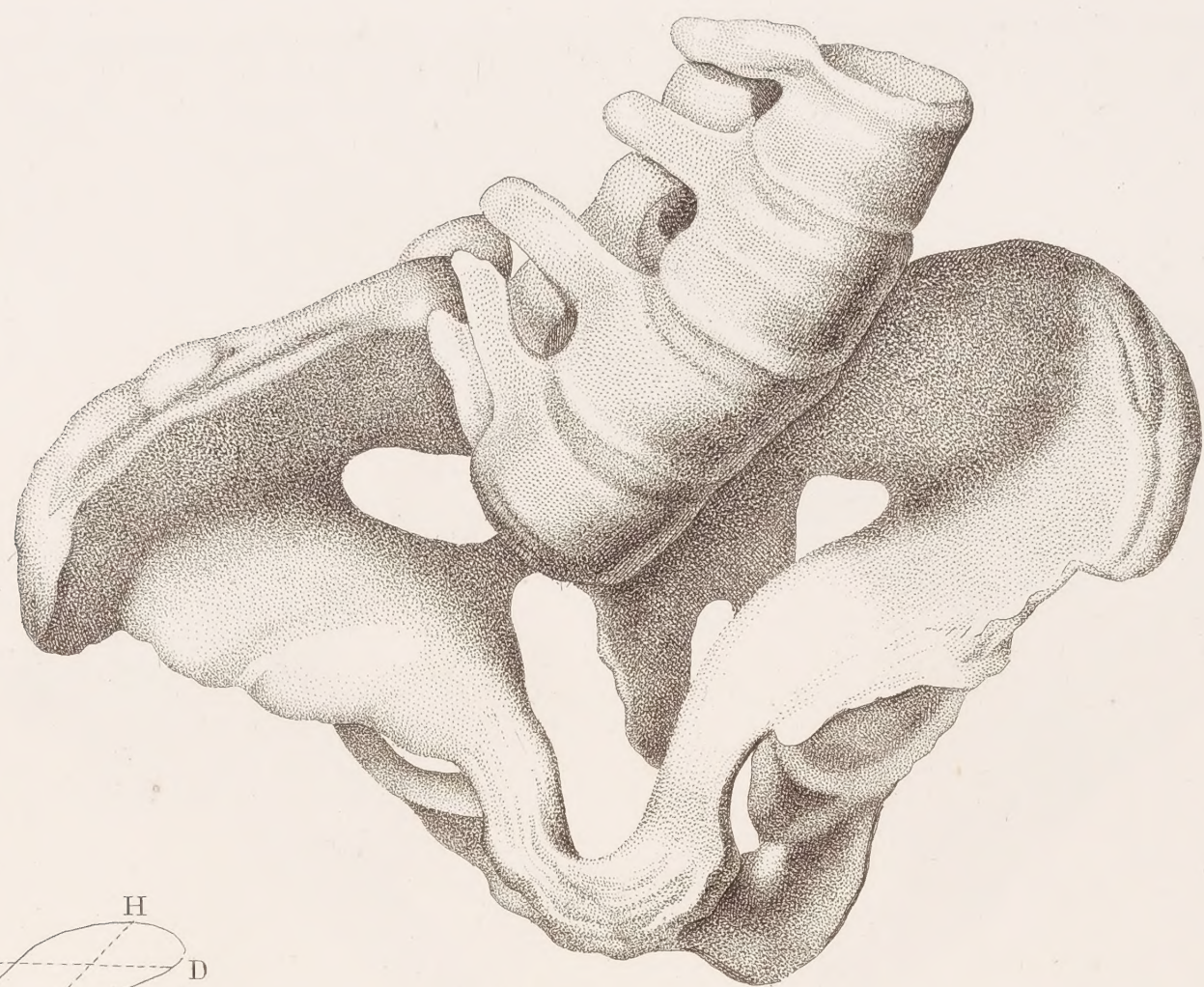


Fig. 1.

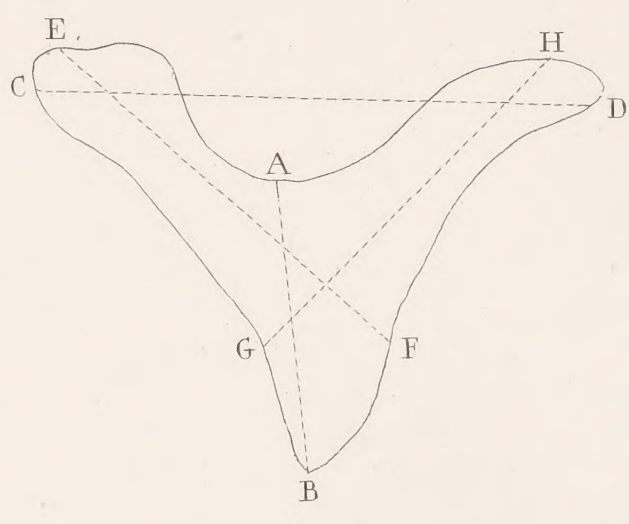


Fig. 3.

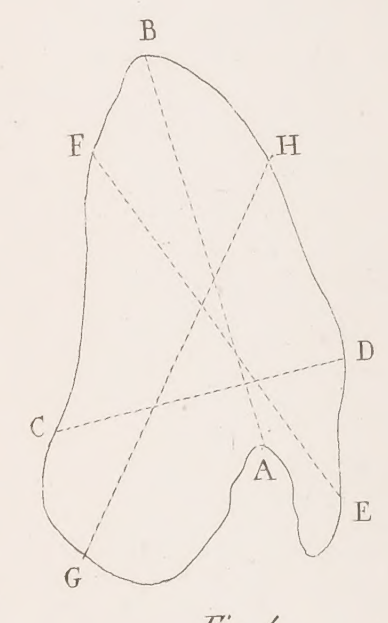


Fig. 4.

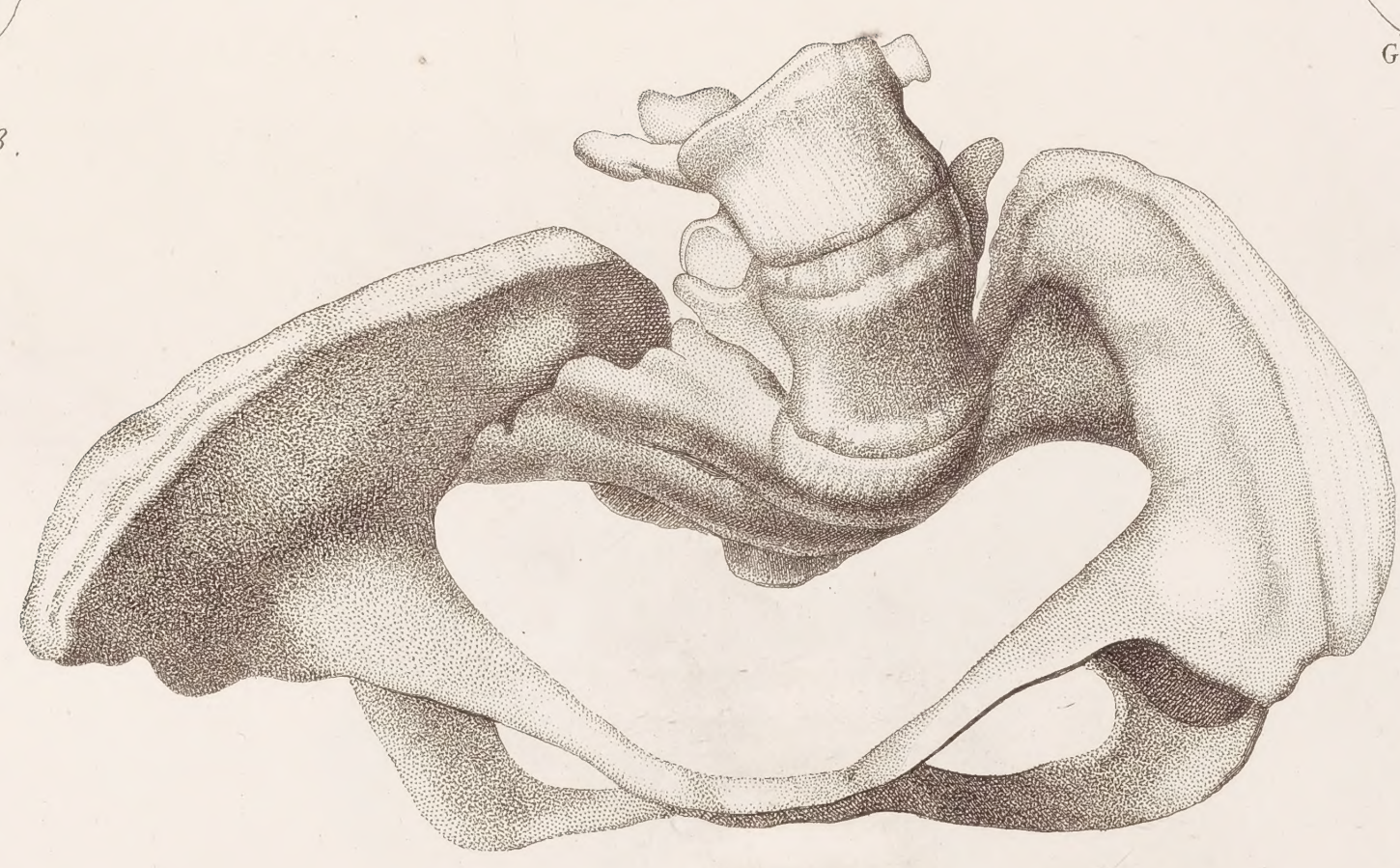


Fig. 5.

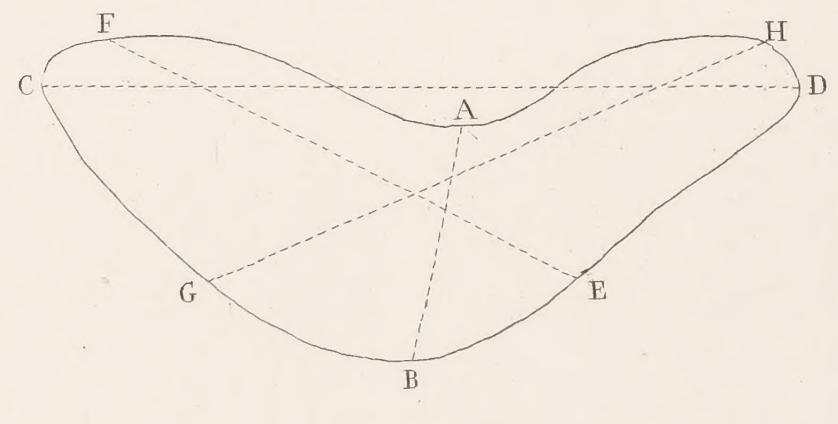


Fig. 6.

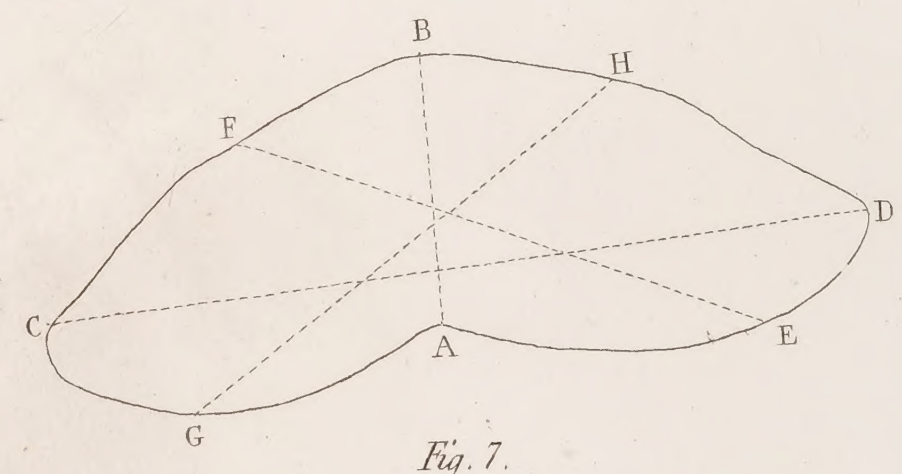


Fig. 7.

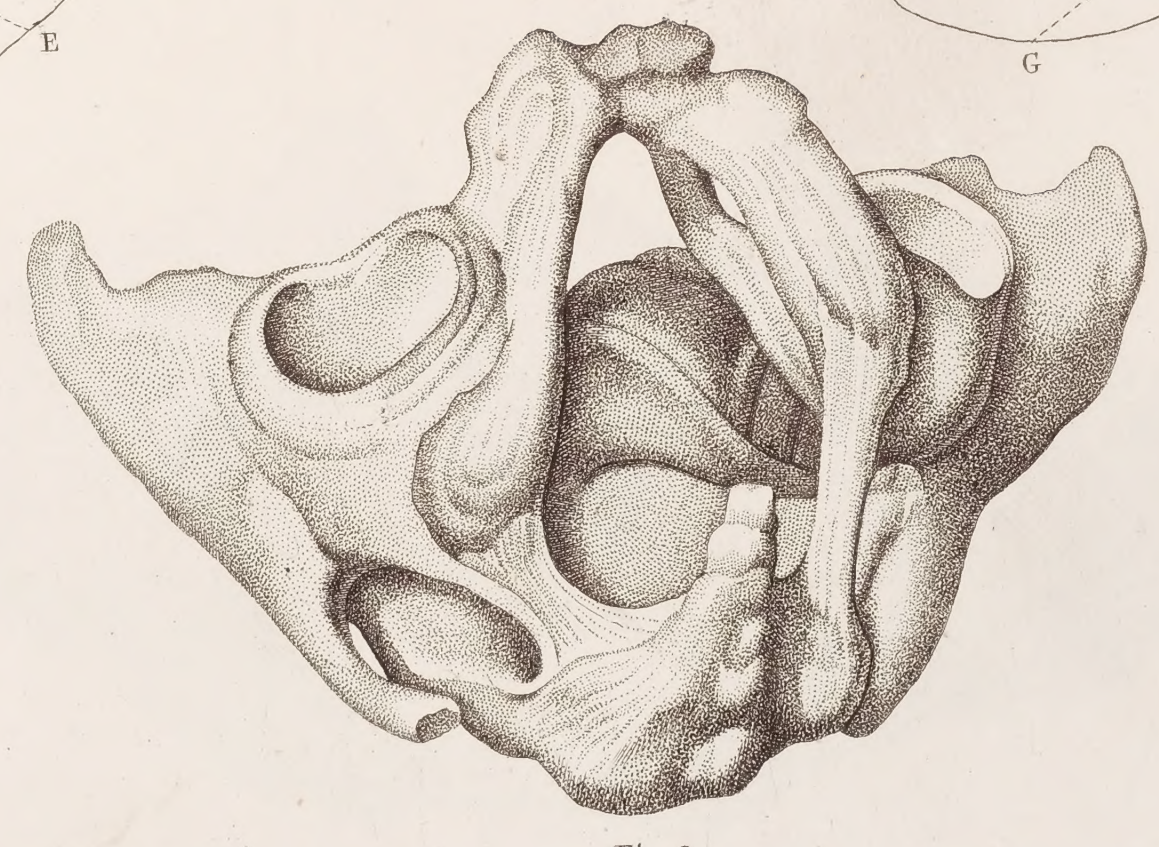


Fig. 2.

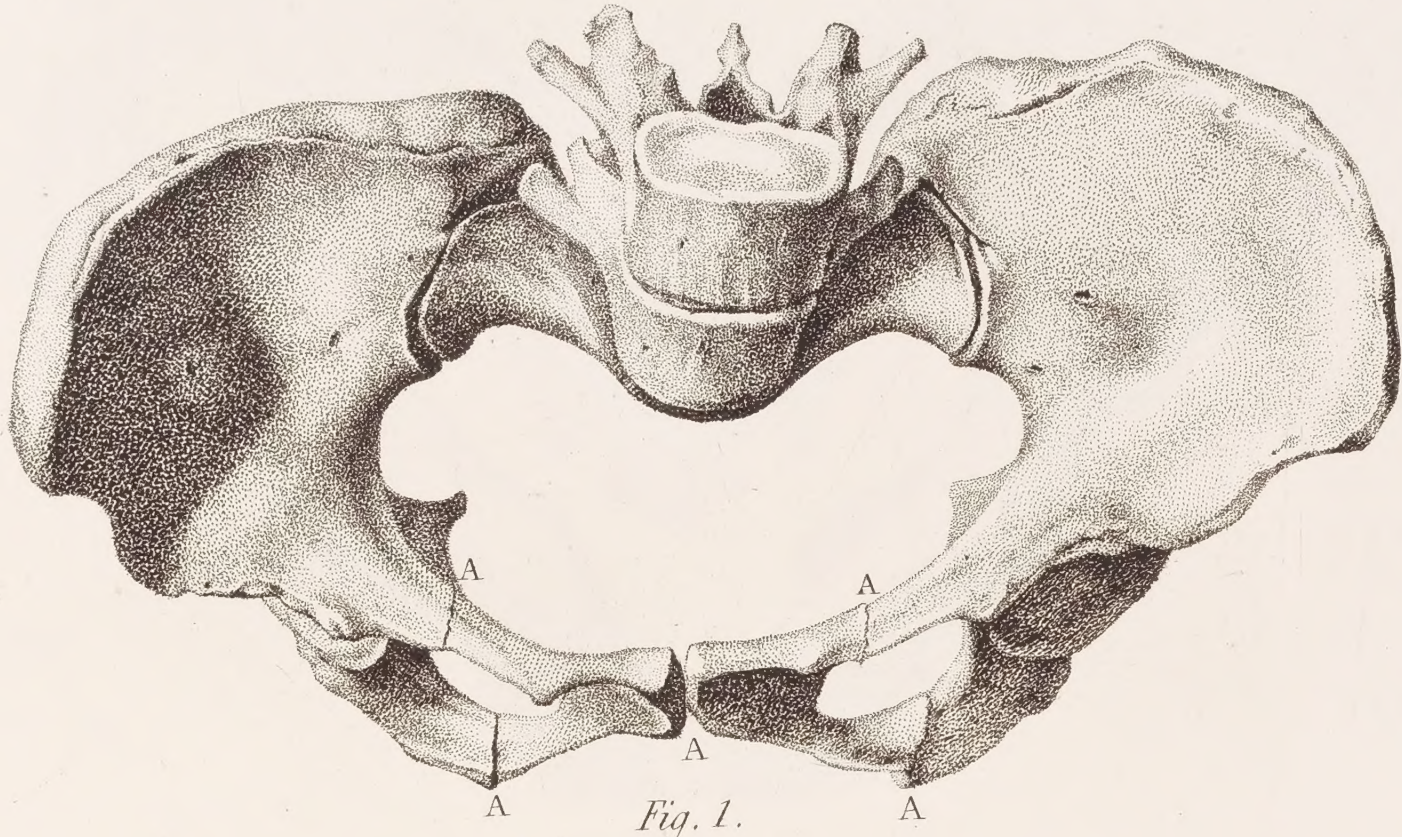


Fig. 1.

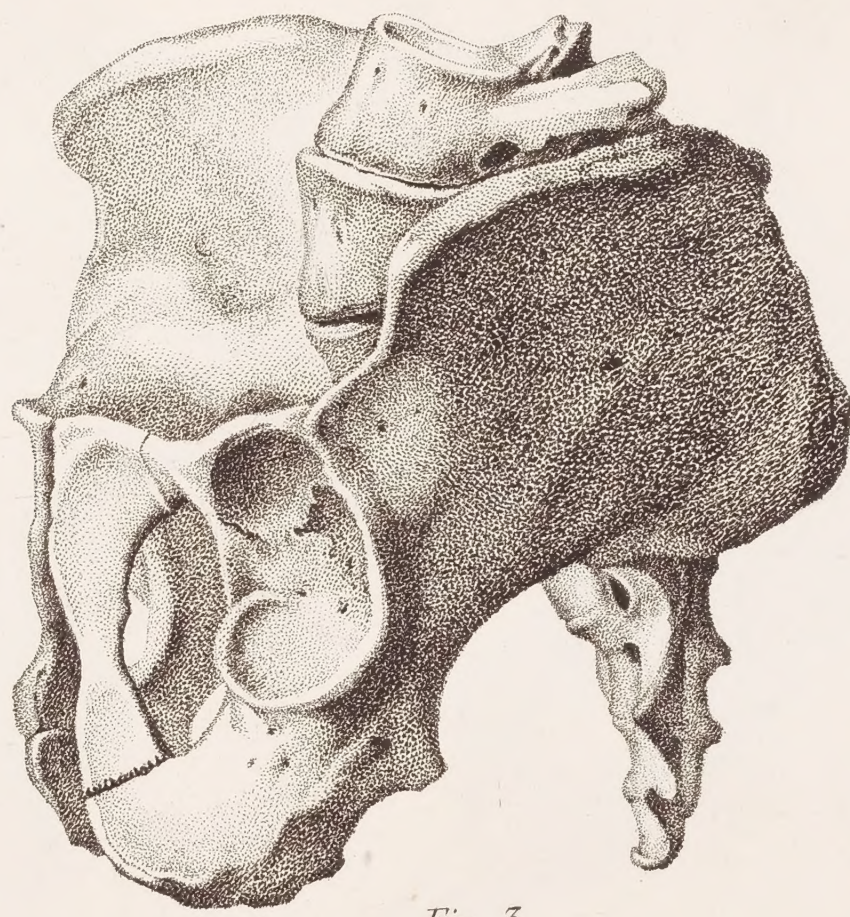


Fig. 3.

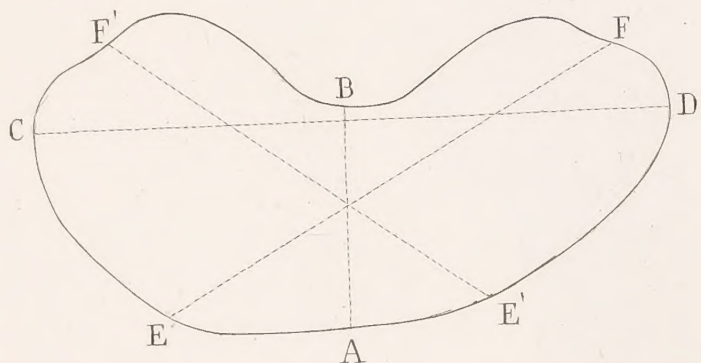


Fig. 4.

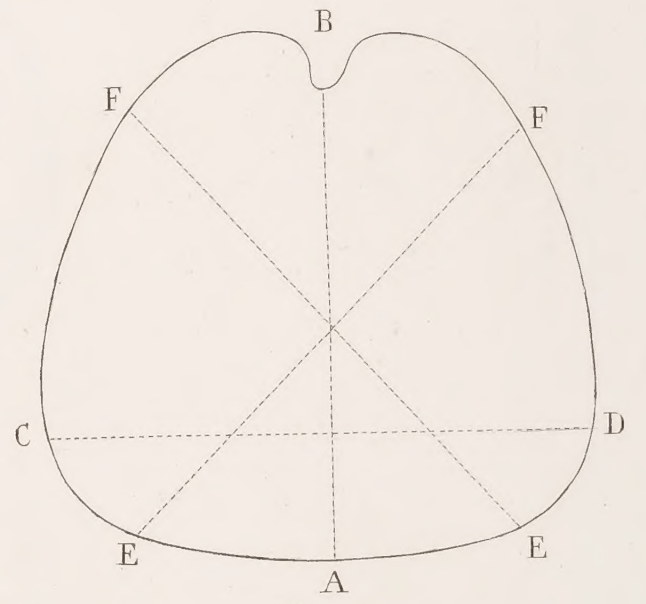


Fig. 5.

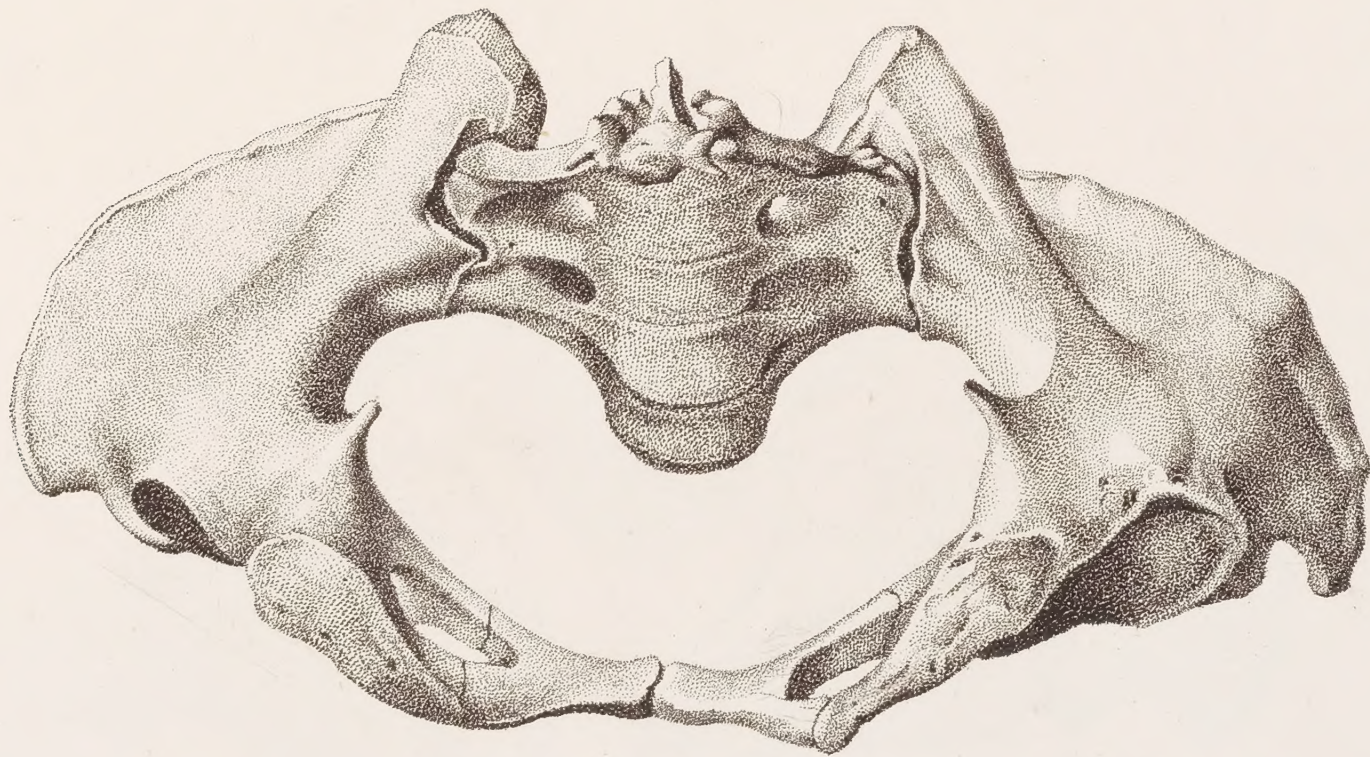


Fig. 2.

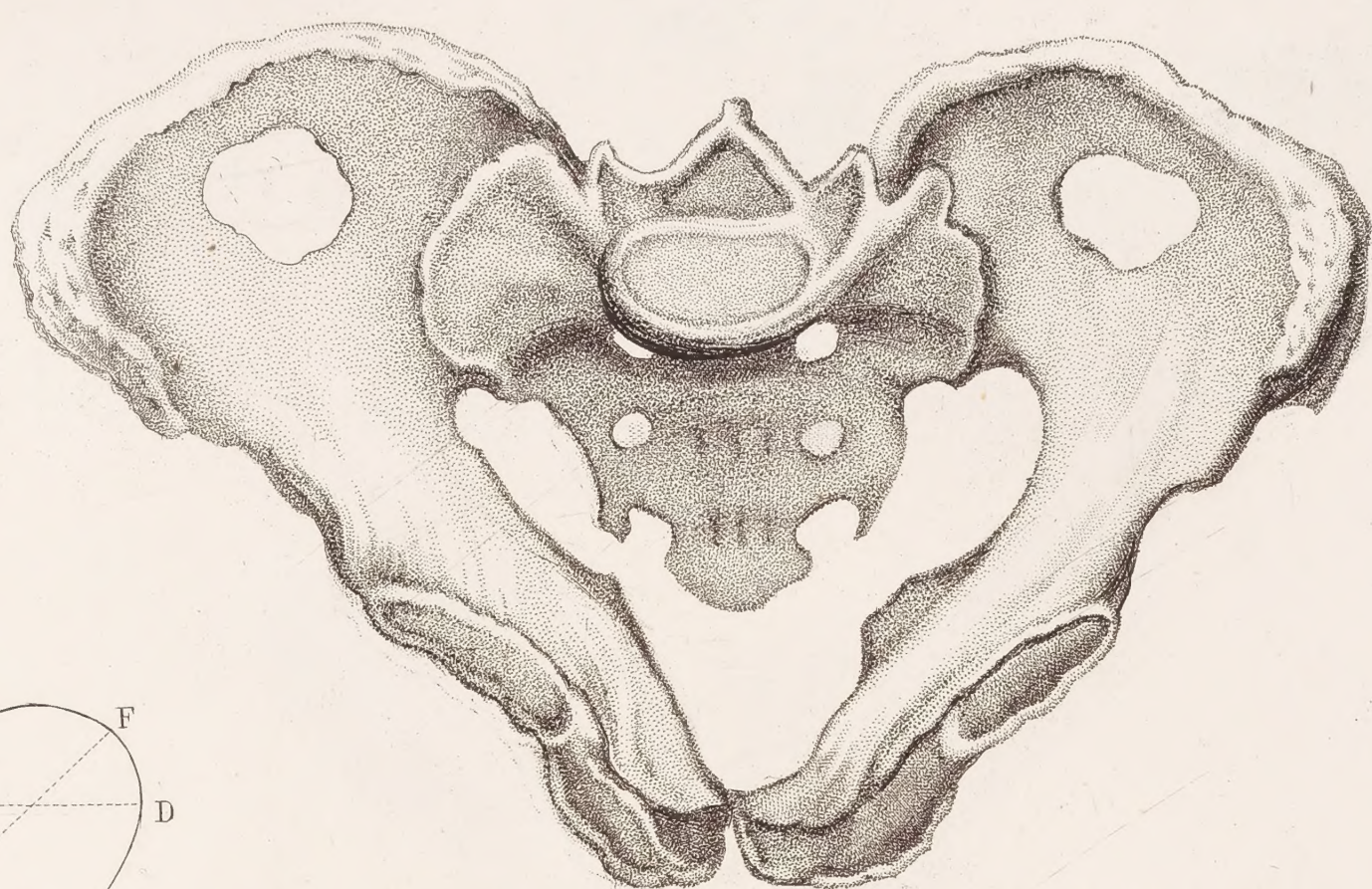


Fig. 1.

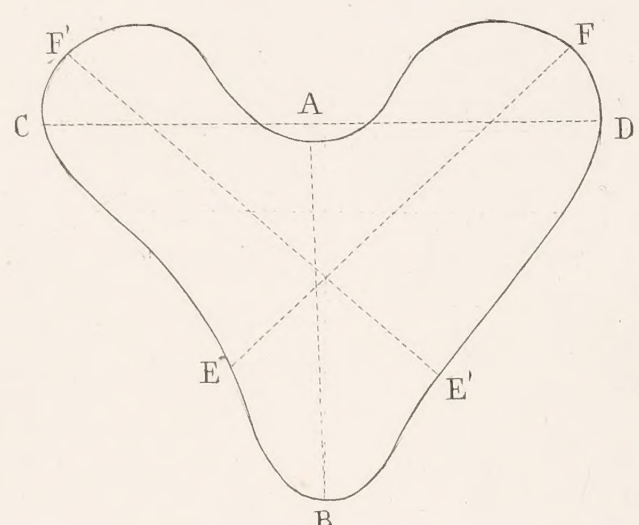


Fig. 3.

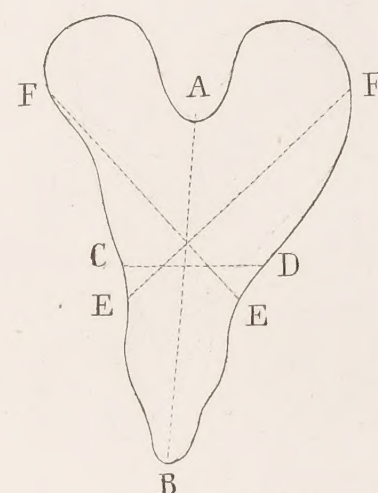


Fig. 4.

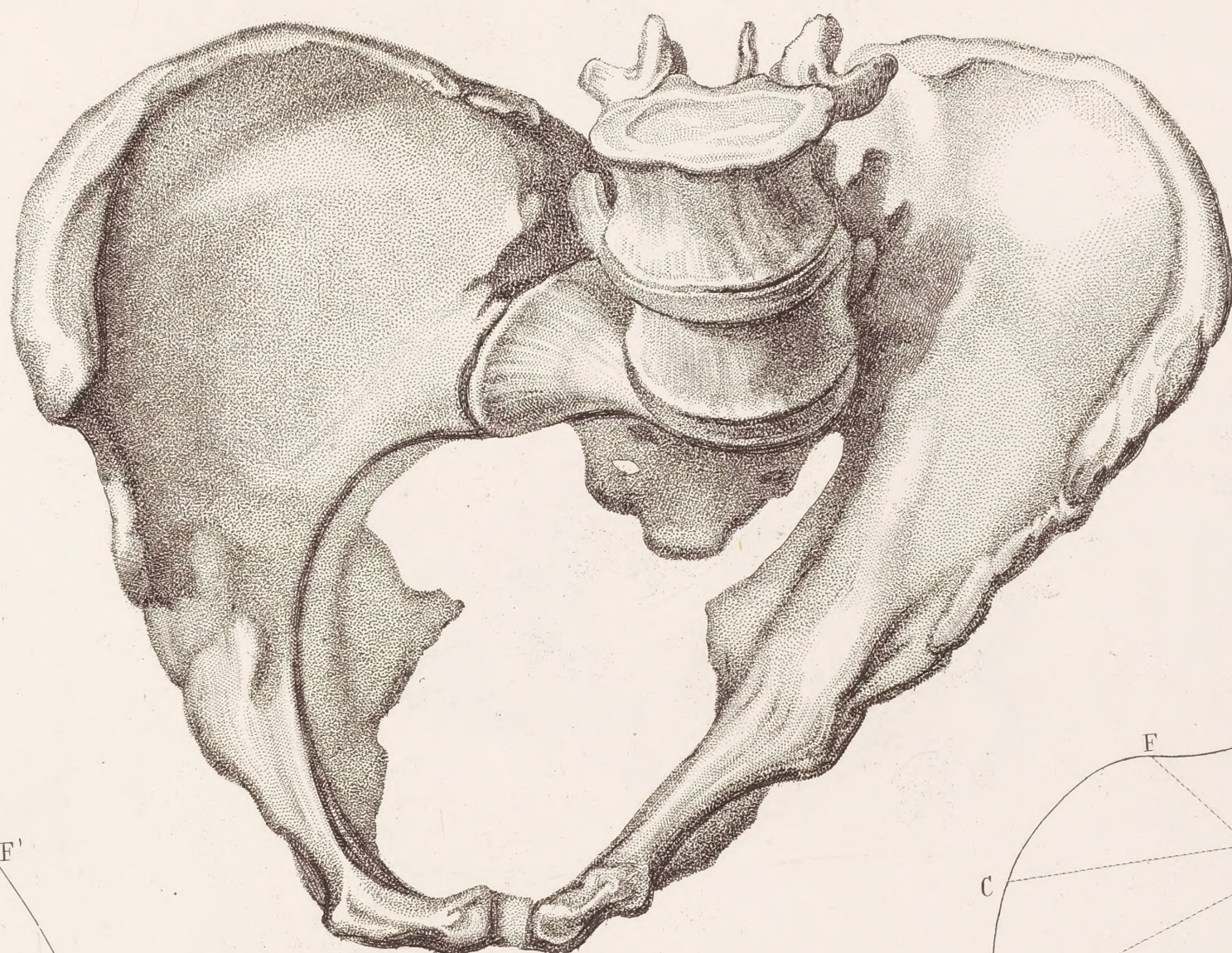


Fig. 5.

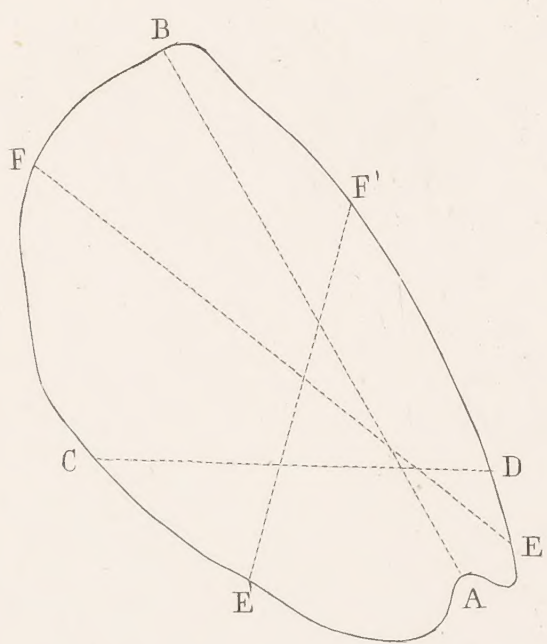


Fig. 7.

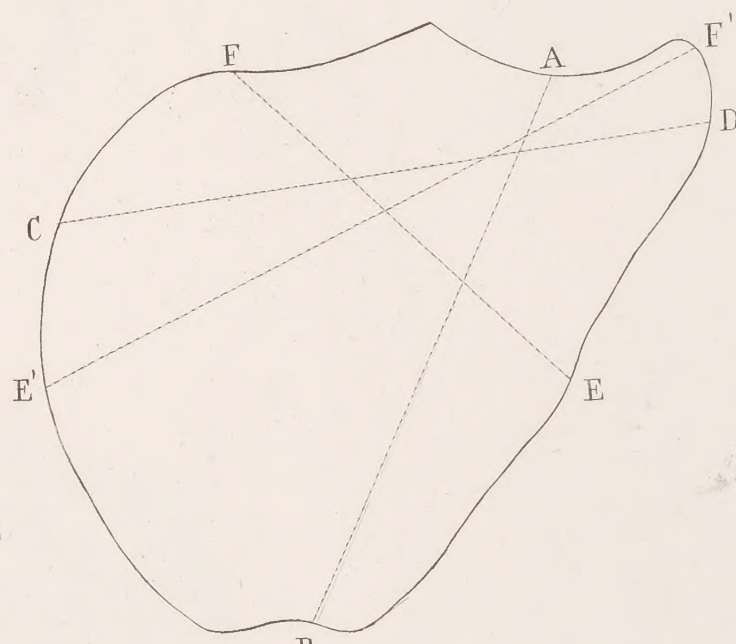


Fig. 6.

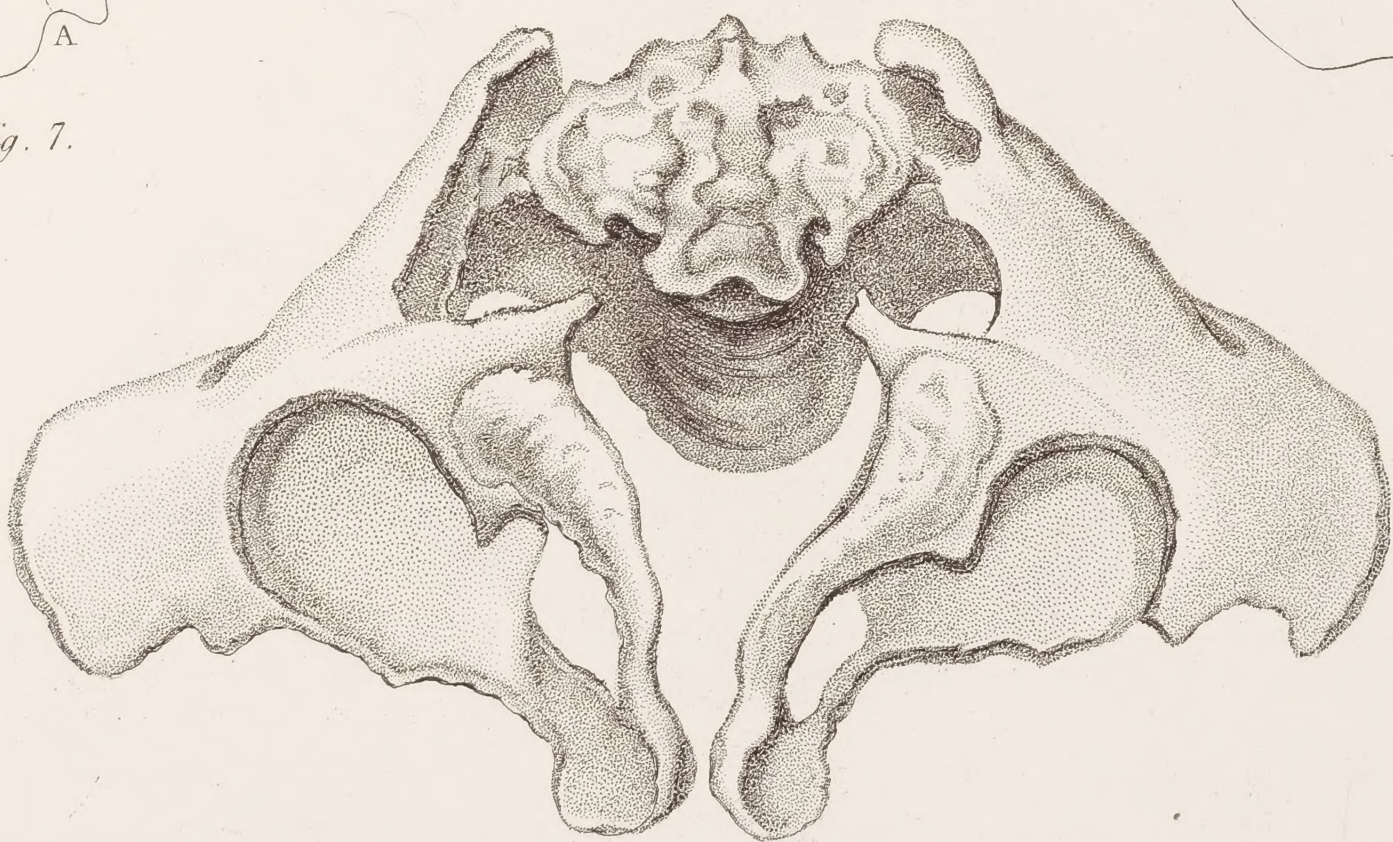


Fig. 2.

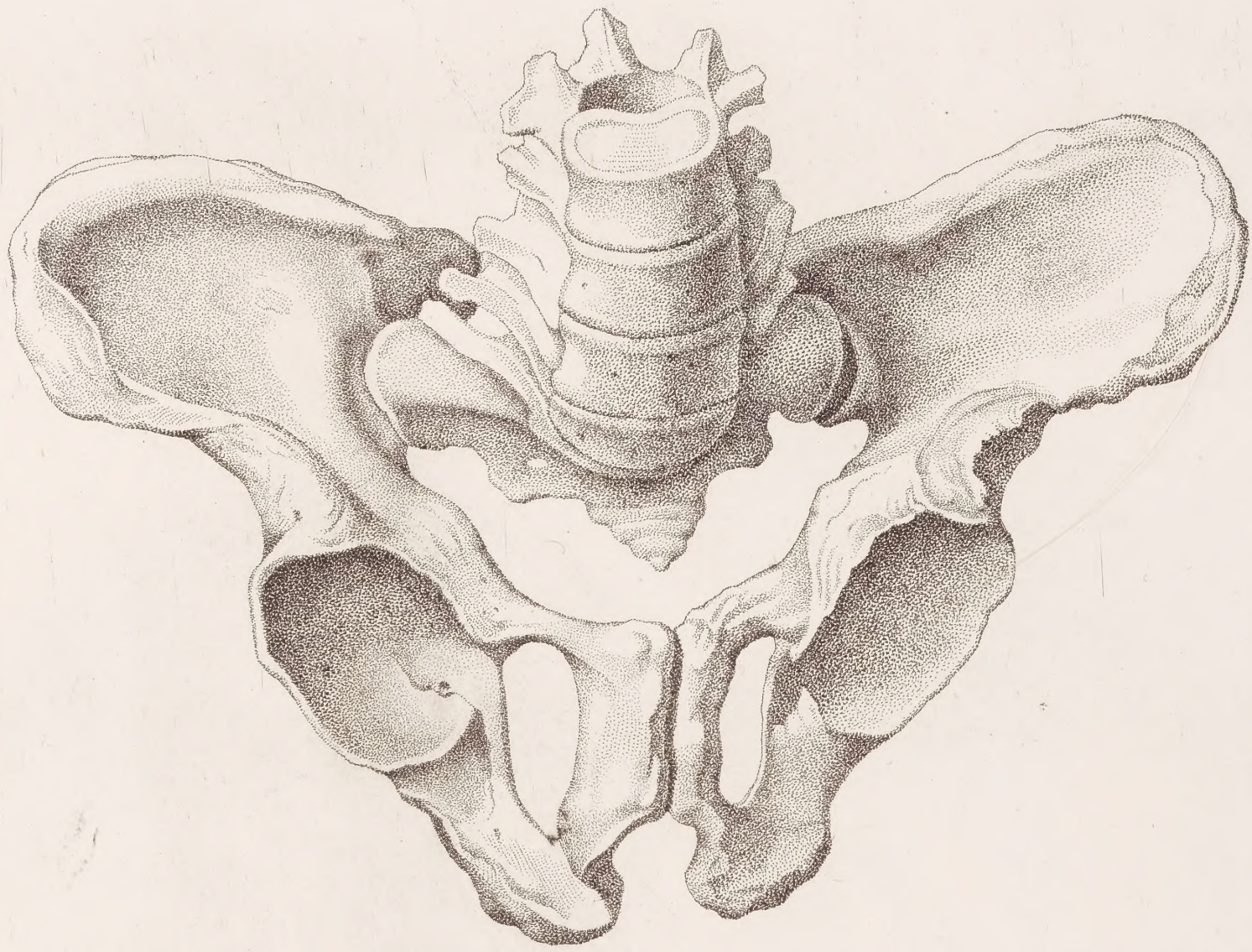


Fig. 1.

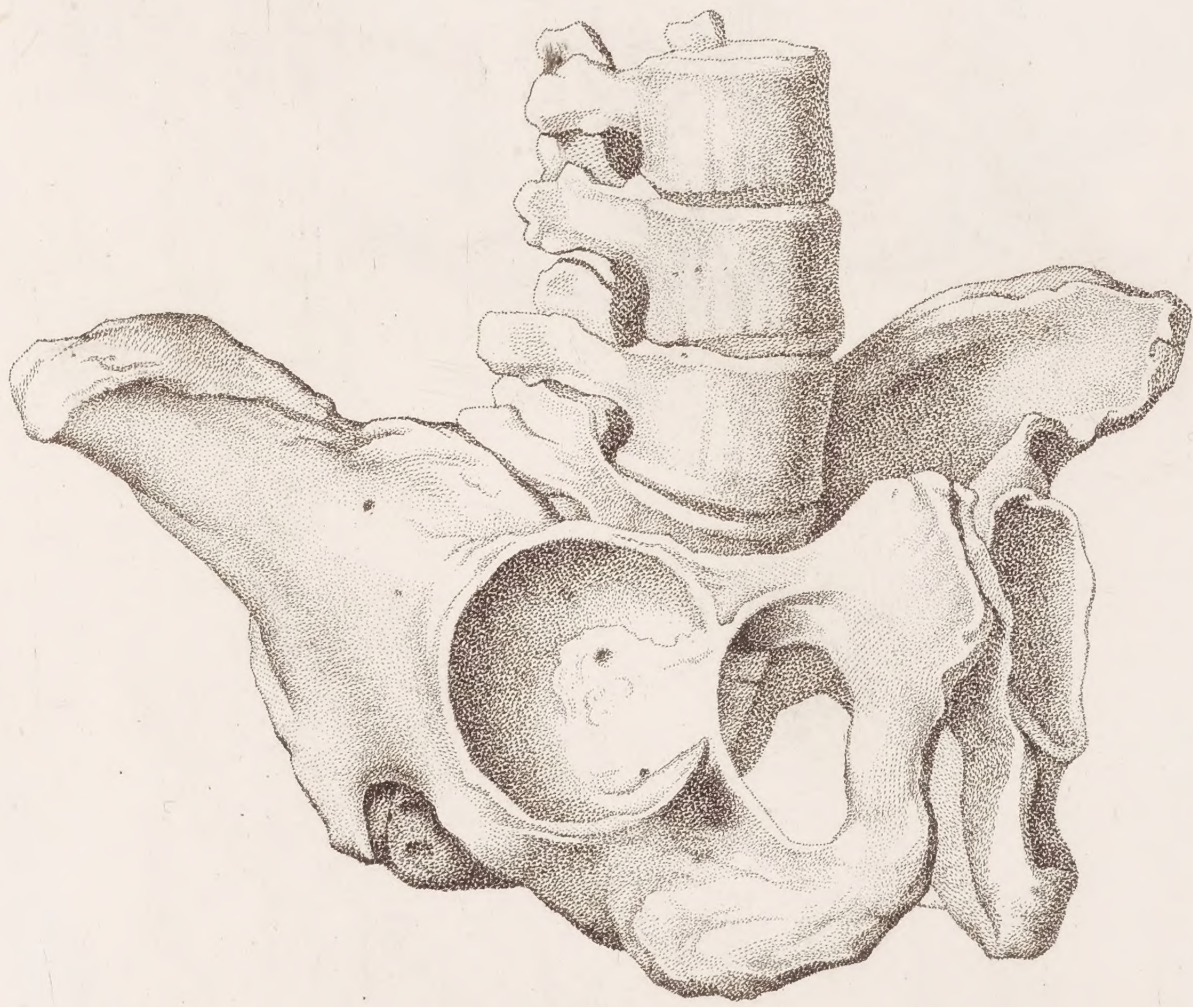


Fig. 3.

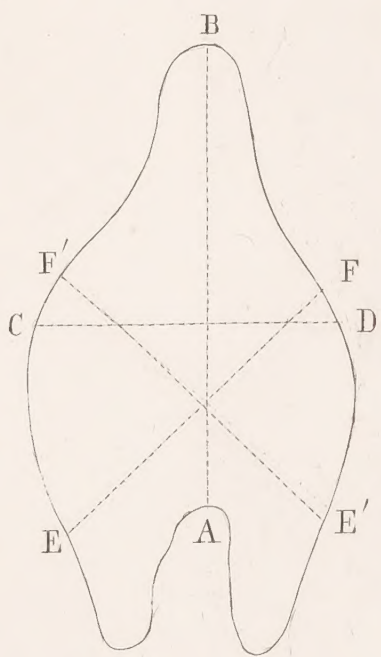


Fig. 5.

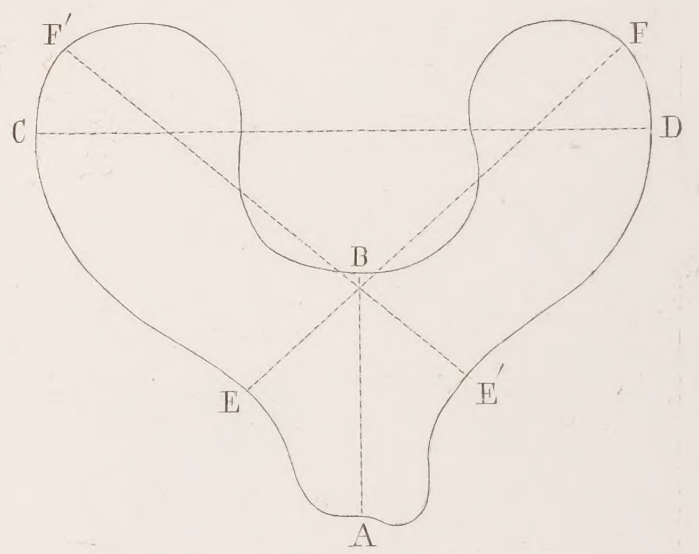


Fig. 4.

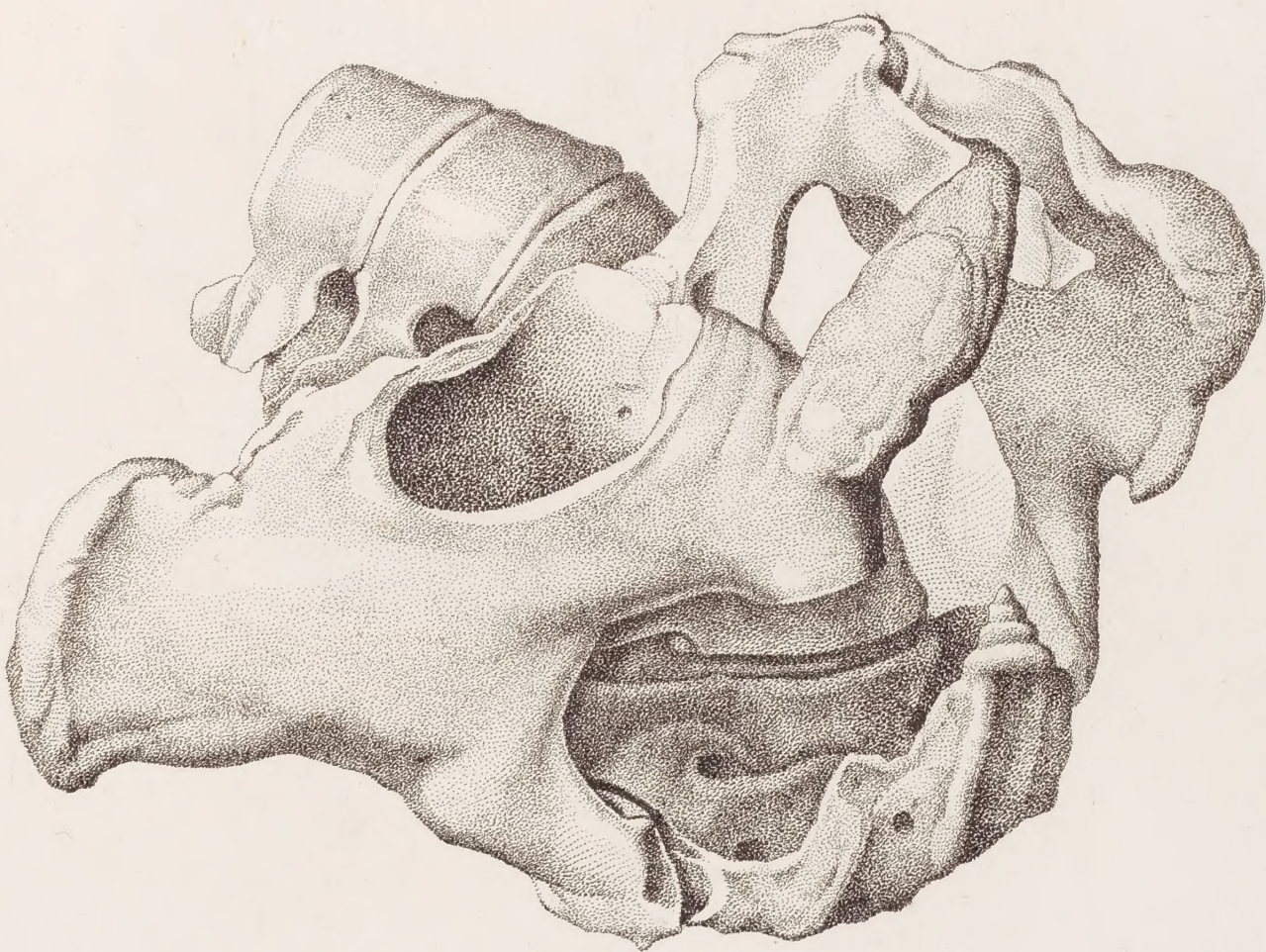


Fig. 2.

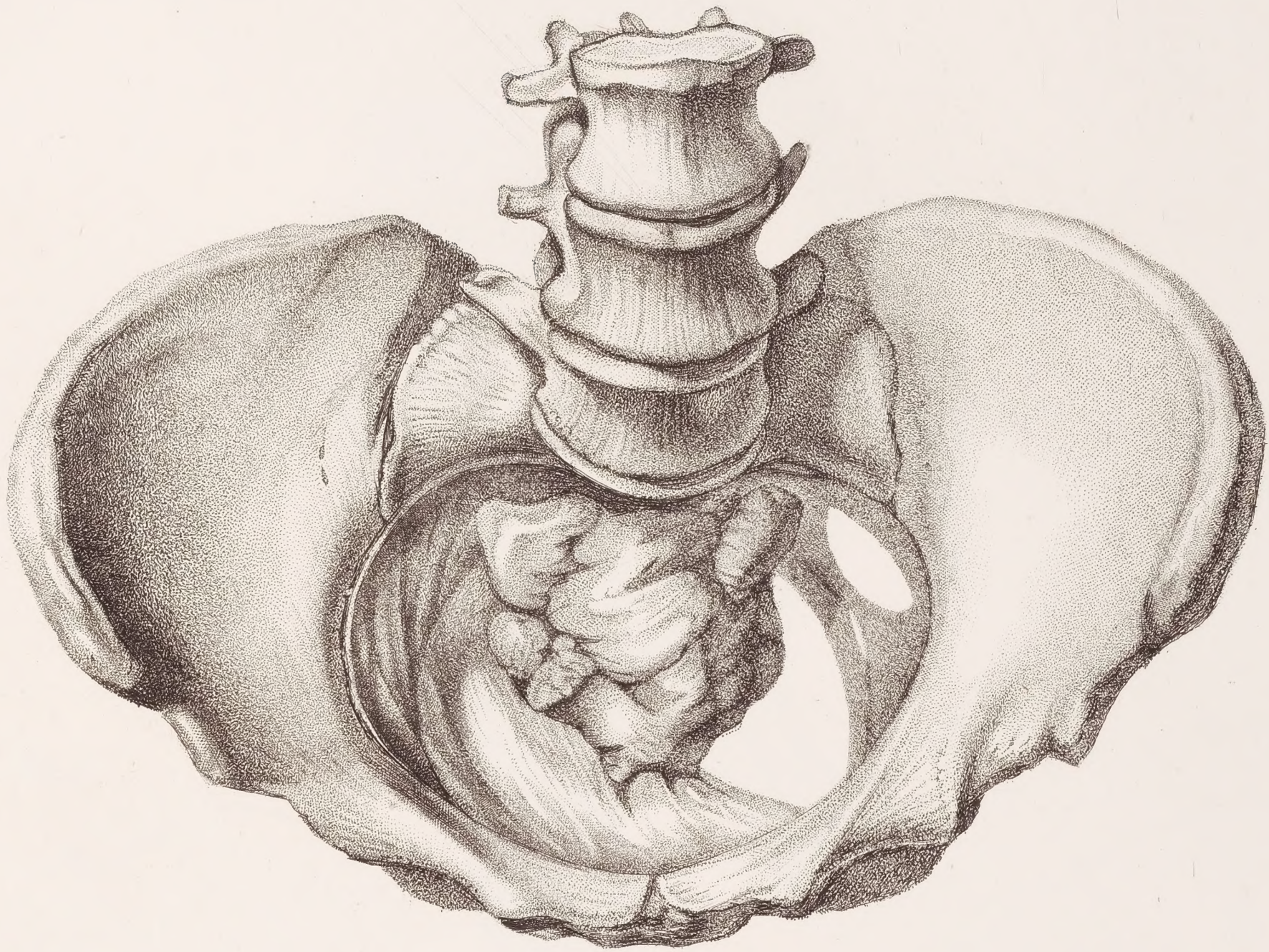


Fig. 1.



Fig. 2.

Fig. 1.

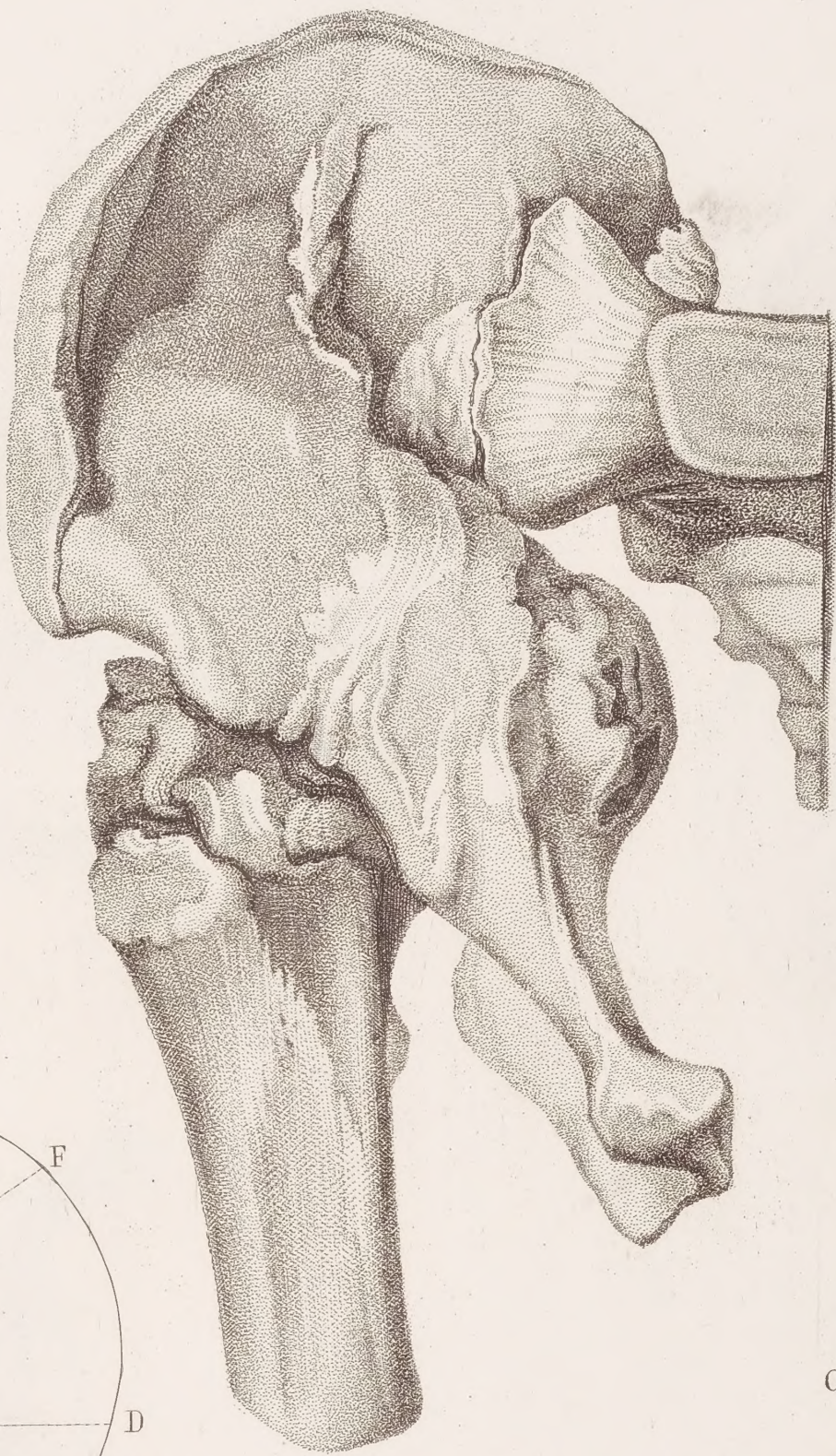


Fig. 3.

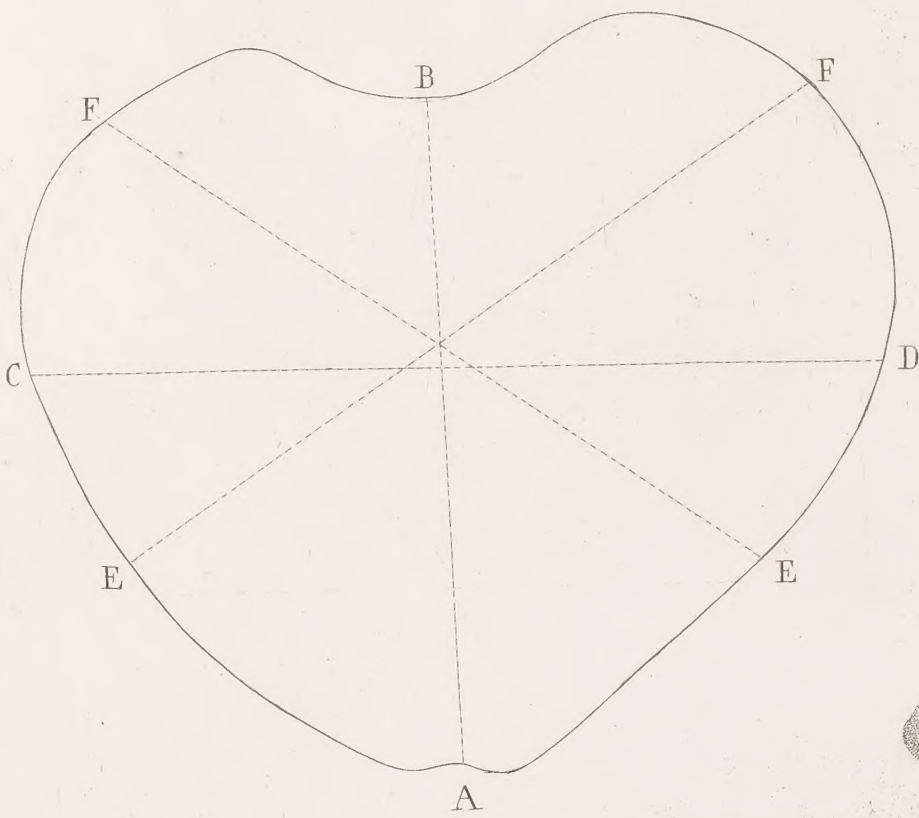


Fig. 4.

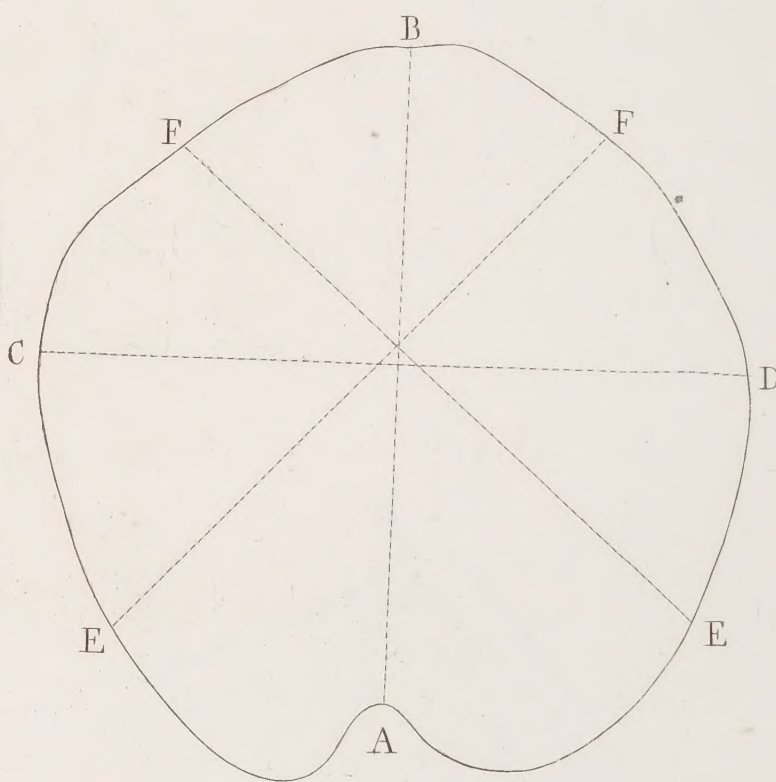
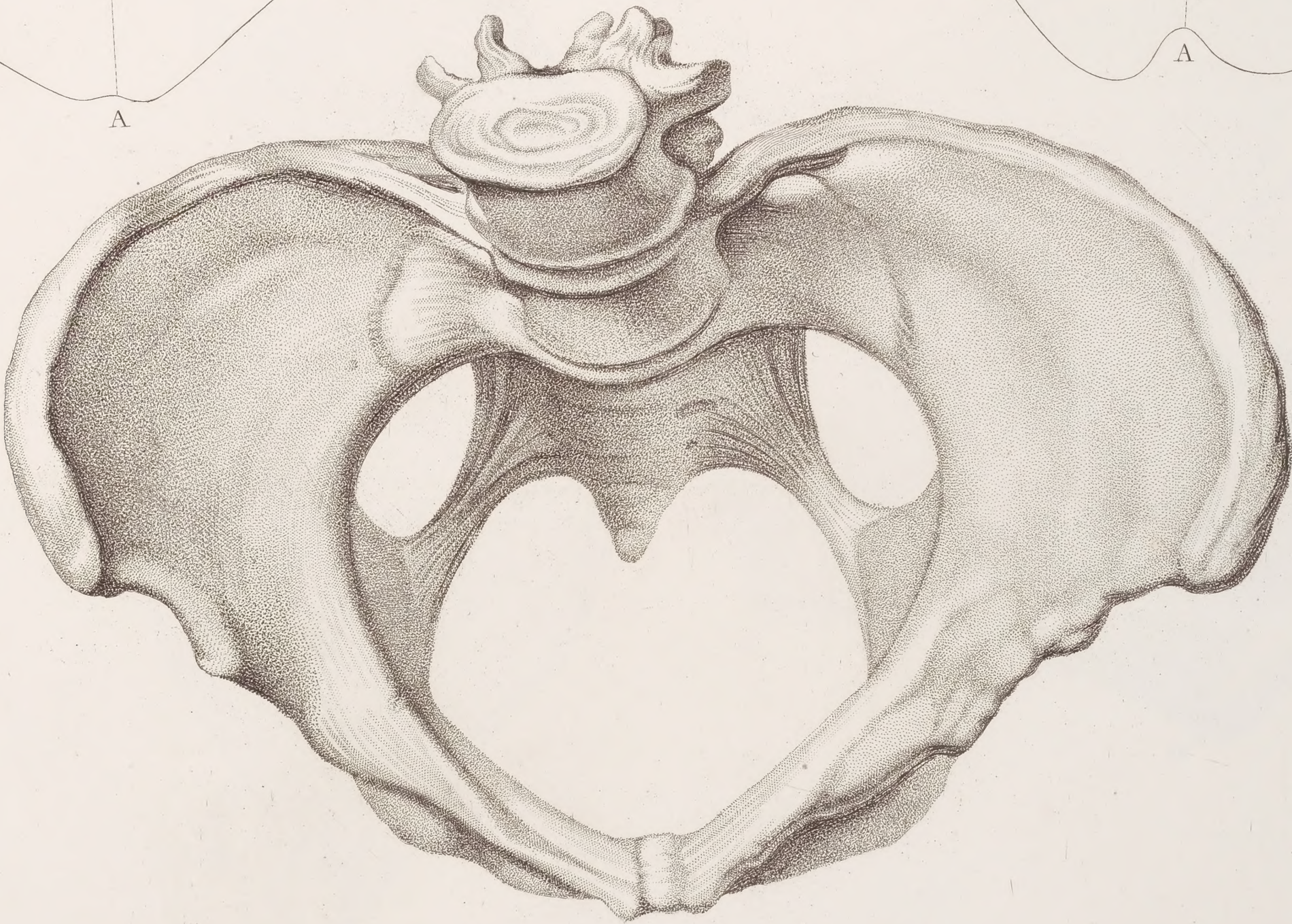
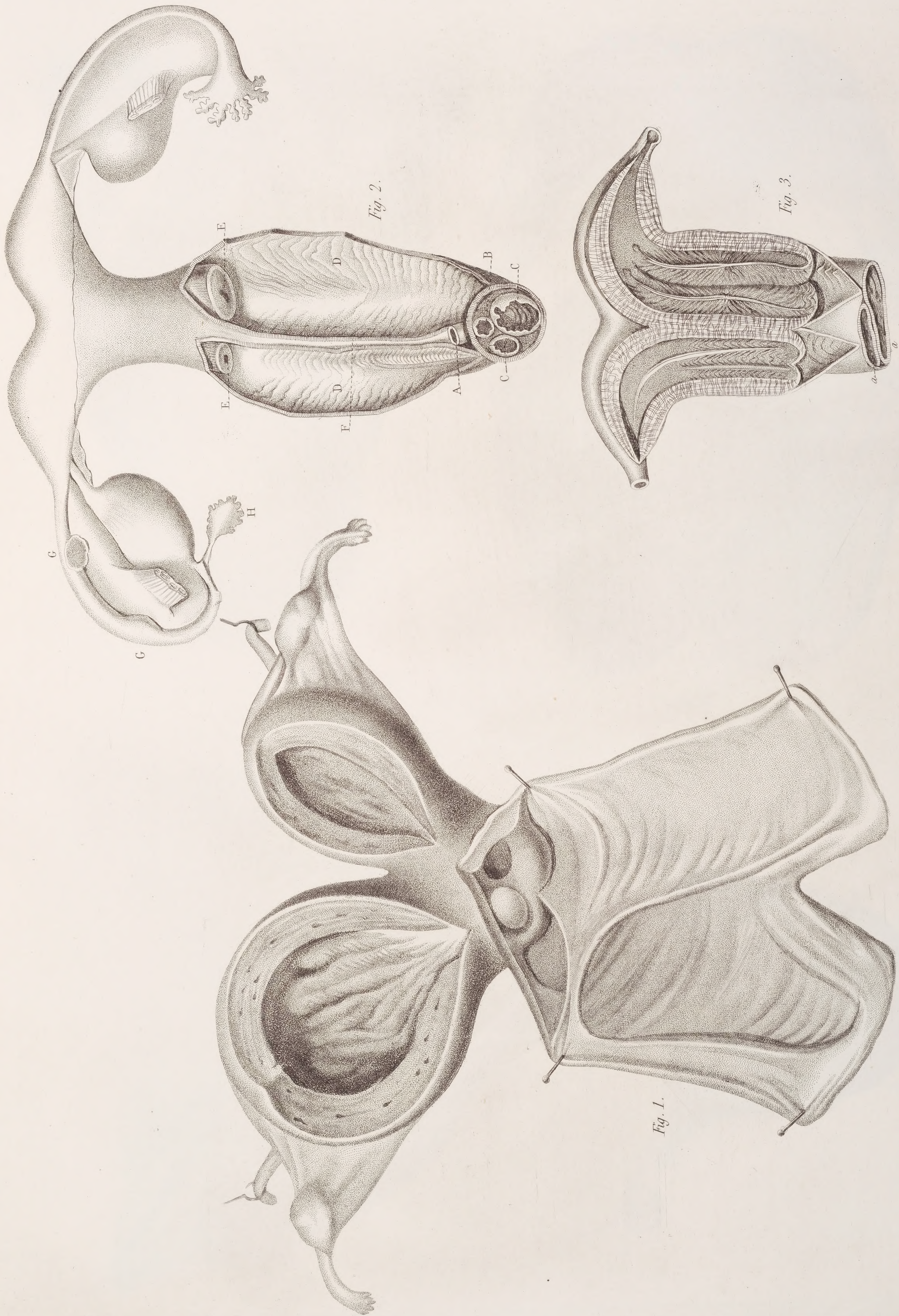


Fig. 2.





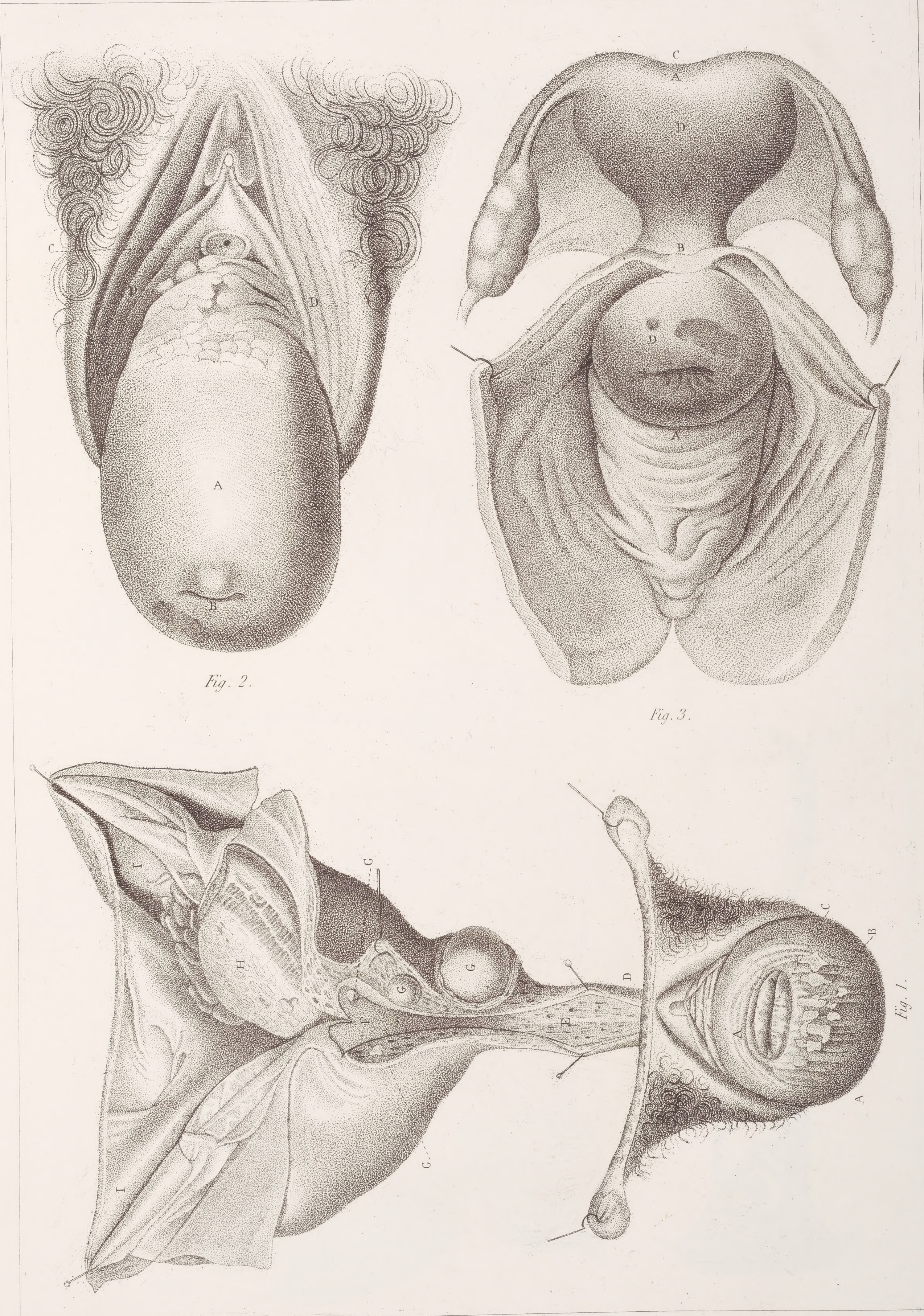


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 1.

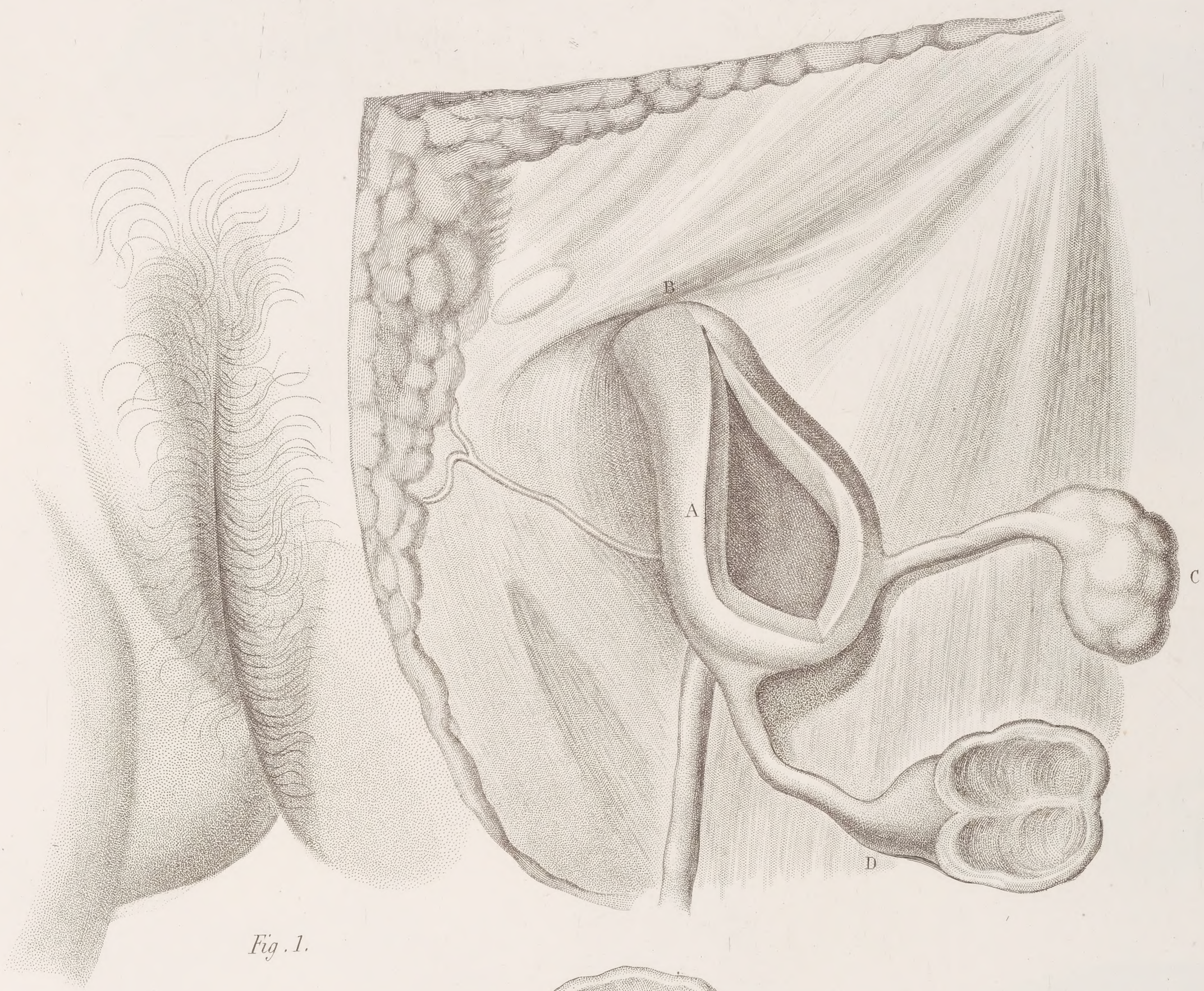


Fig. 1.

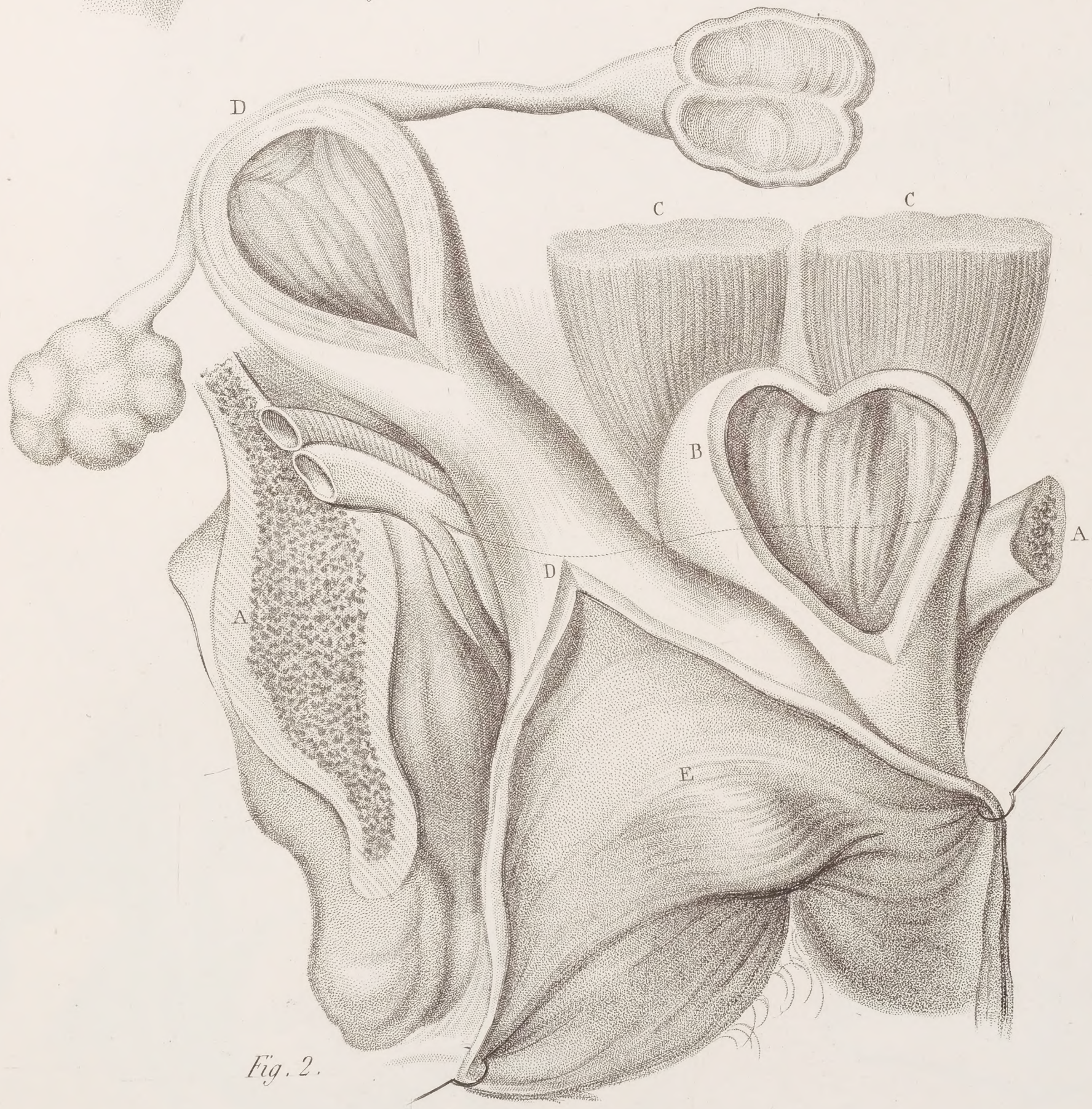


Fig. 2.

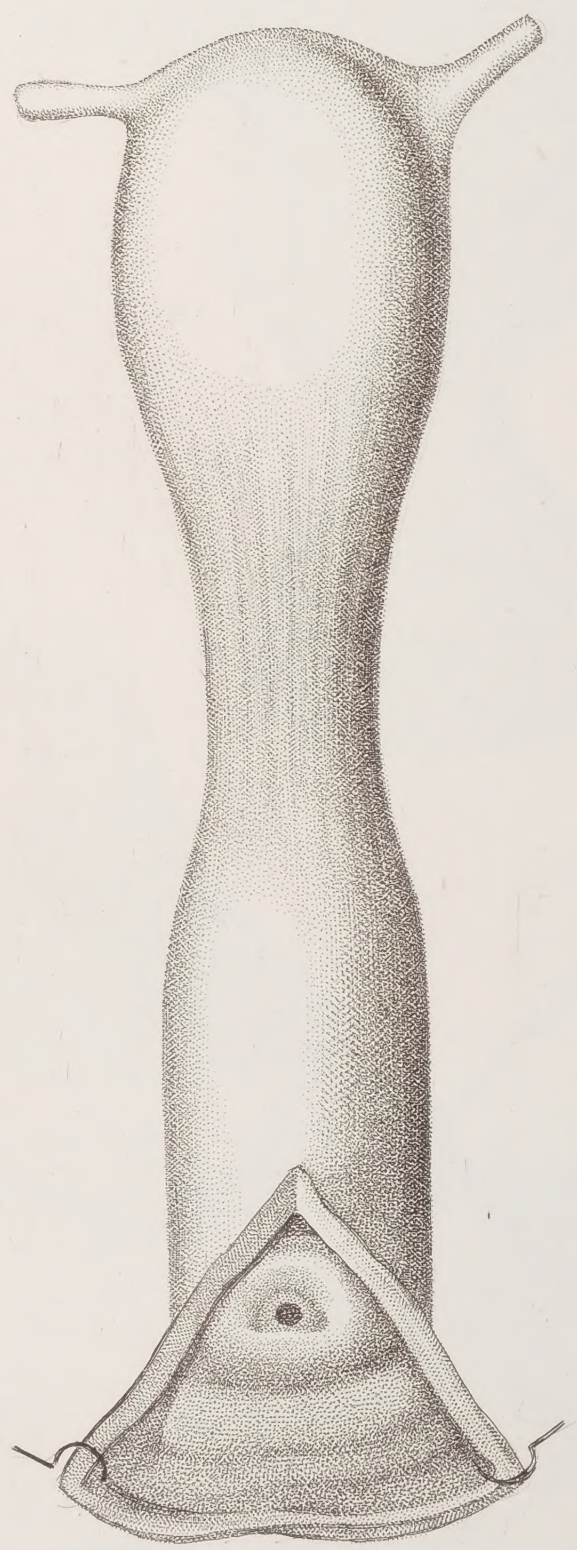


Fig. 3.



Fig. 1.



Fig. 2.

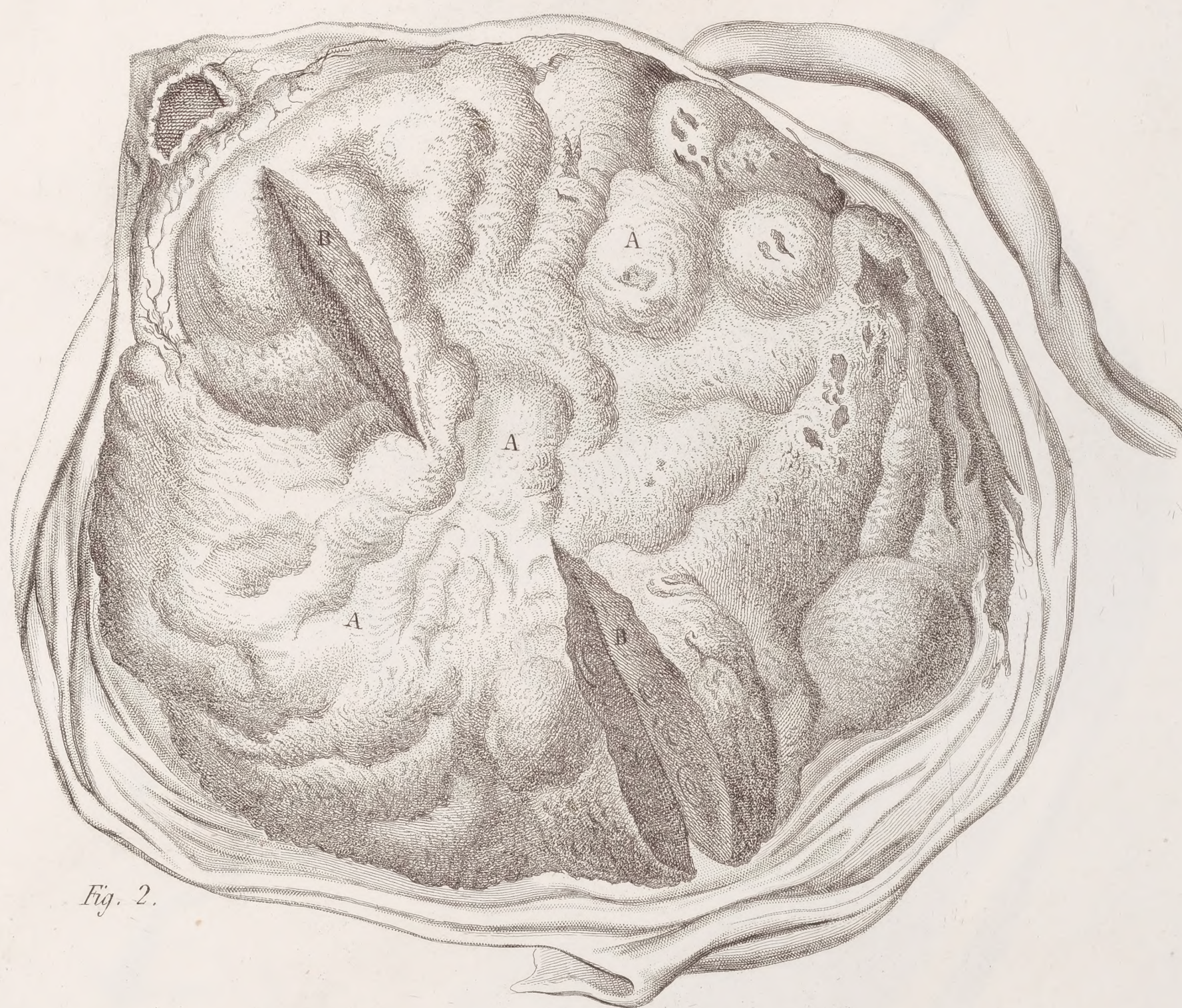
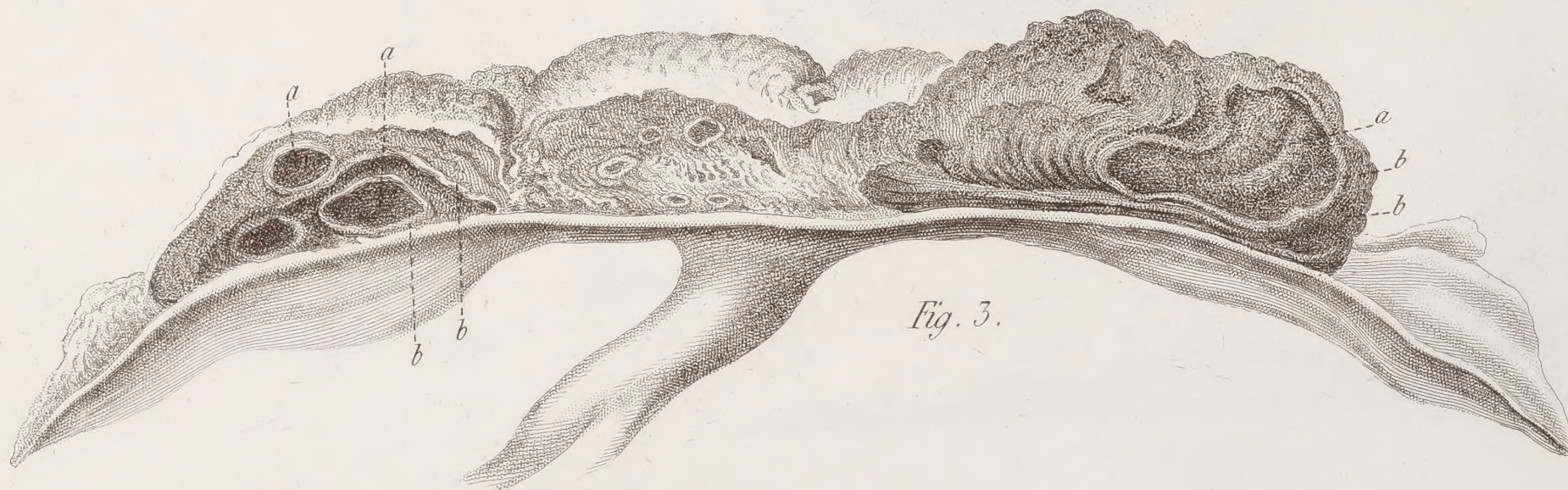
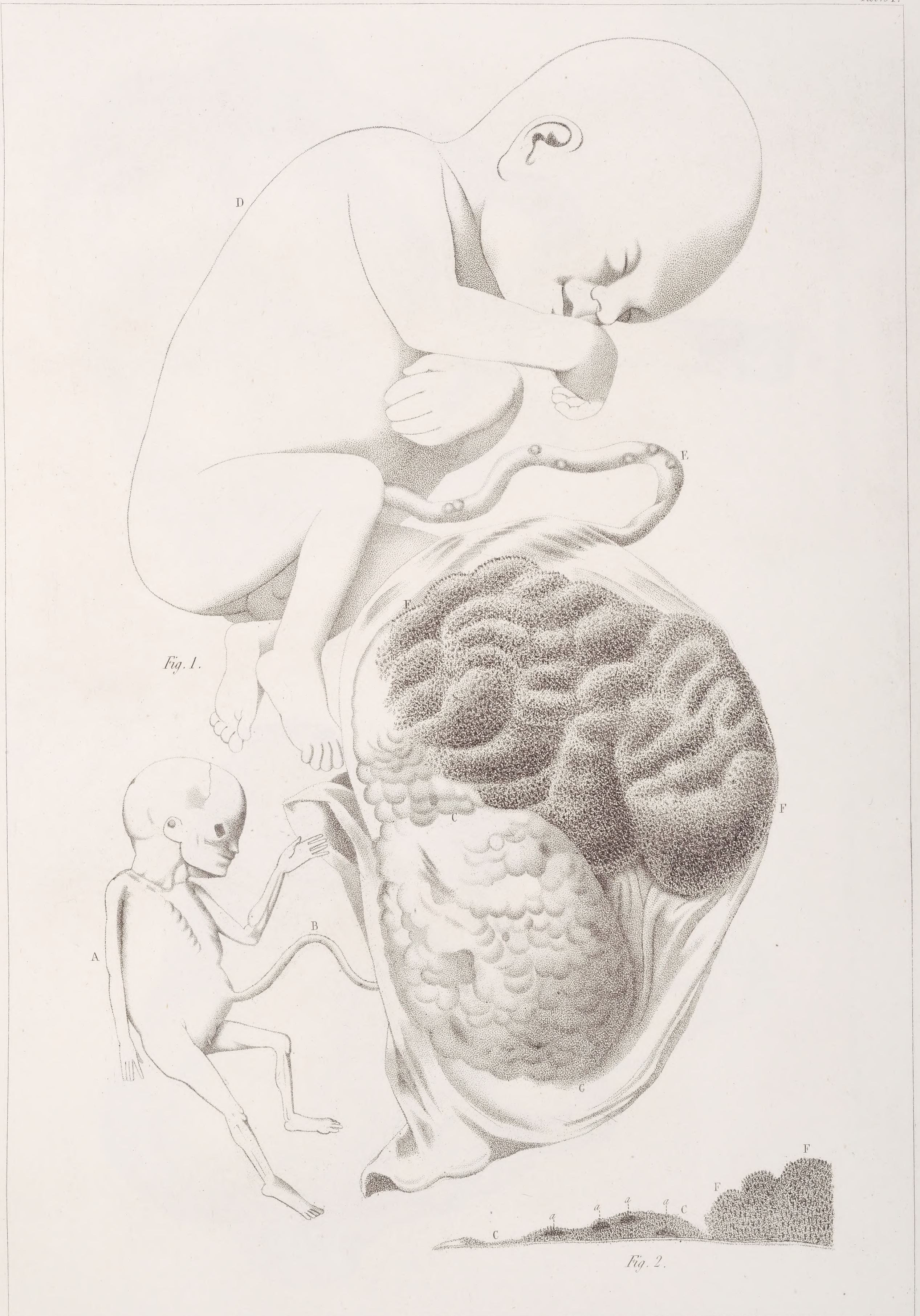


Fig. 3.





Presentazione del lato destro



Fig. 1.

Prima posizione della spalla e del braccio destro

Fig. 2.

Seconda posizione della spalla e del braccio destro

Presentazioni dell' addome e del dorso

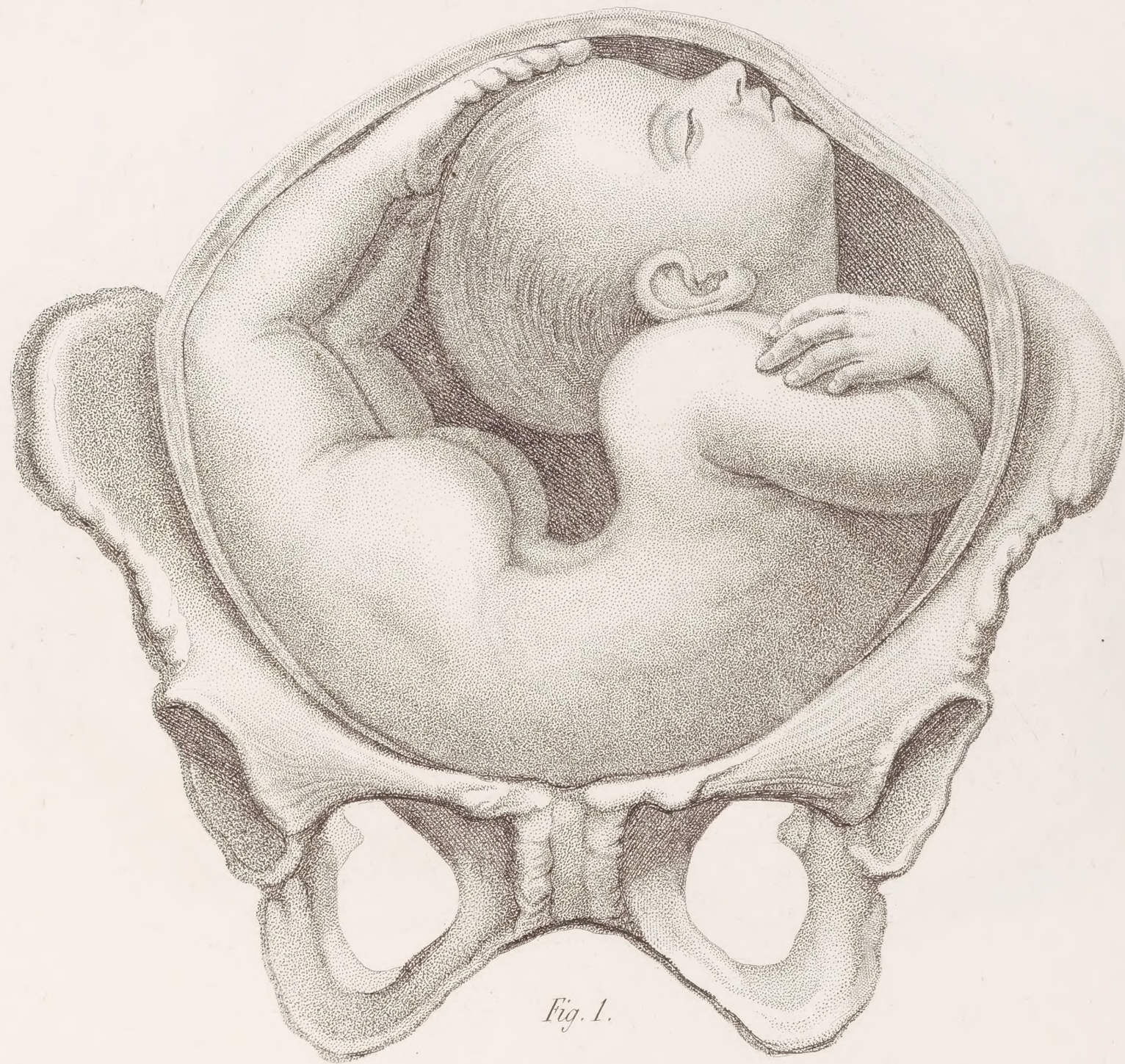


Fig. 1.

Prima posizione dell' addome

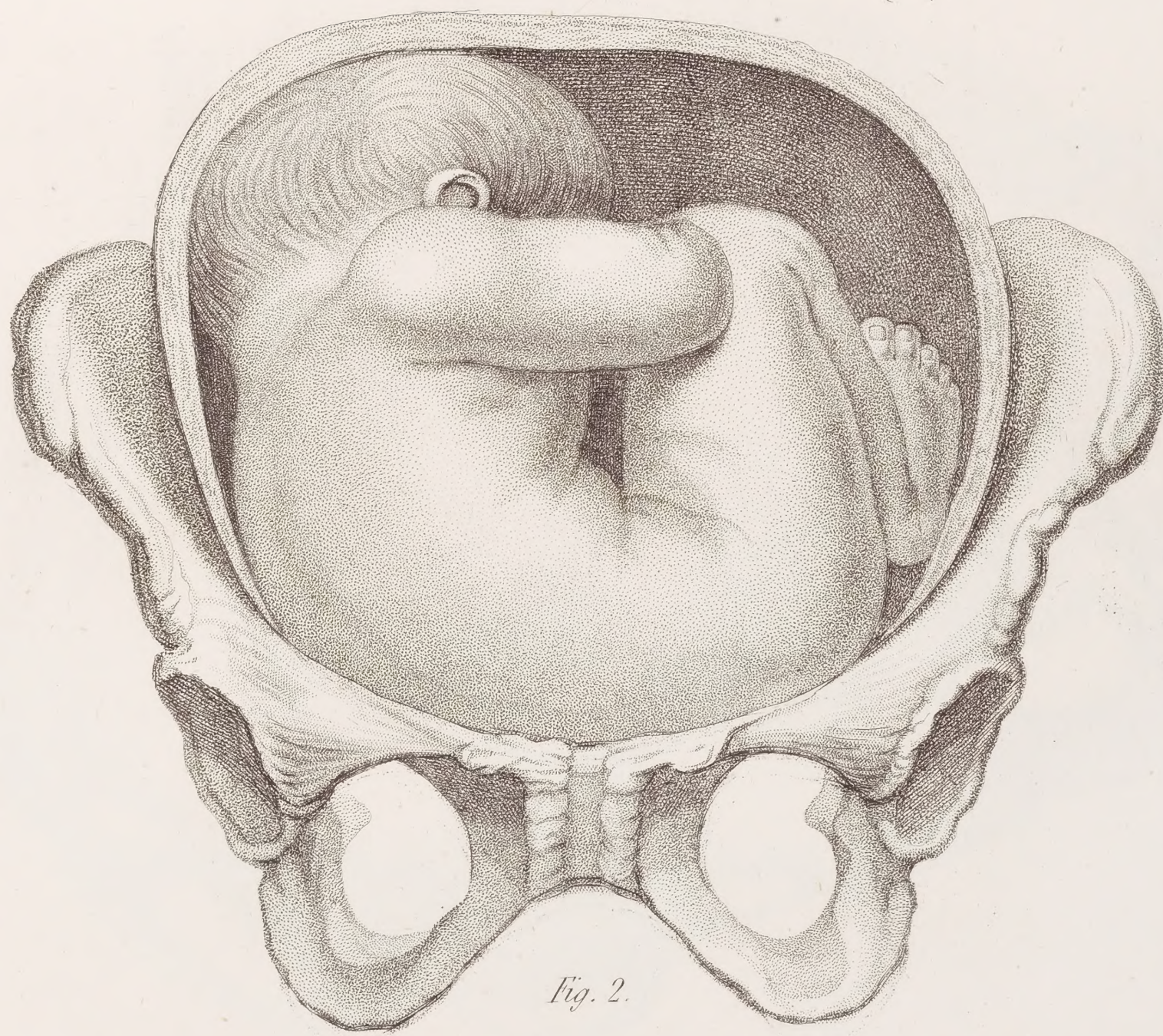


Fig. 2.

Seconda posizione del dorso

Visione nella 1^a posizione del vertice

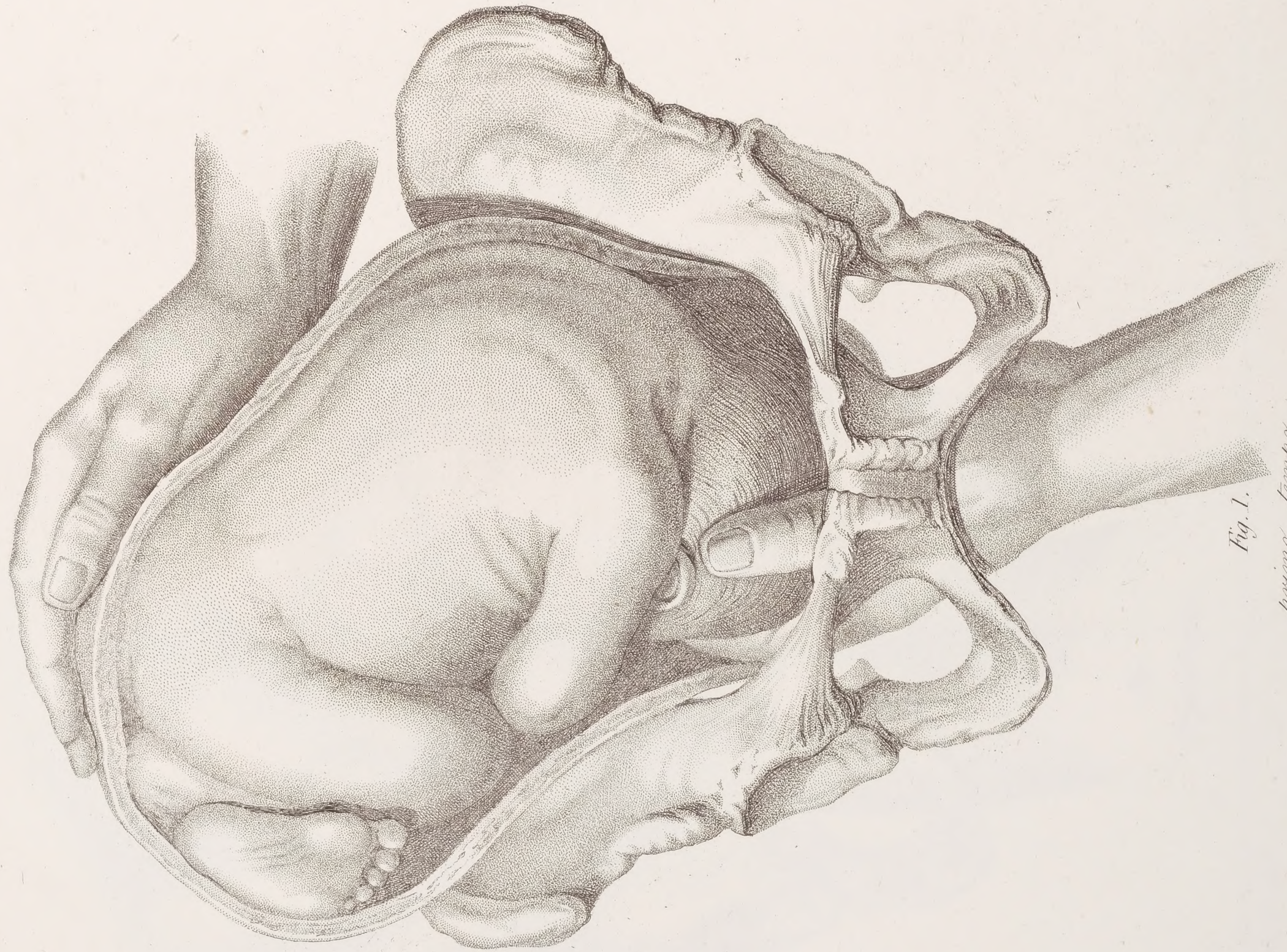


*Fig. 1.
prima tempo*

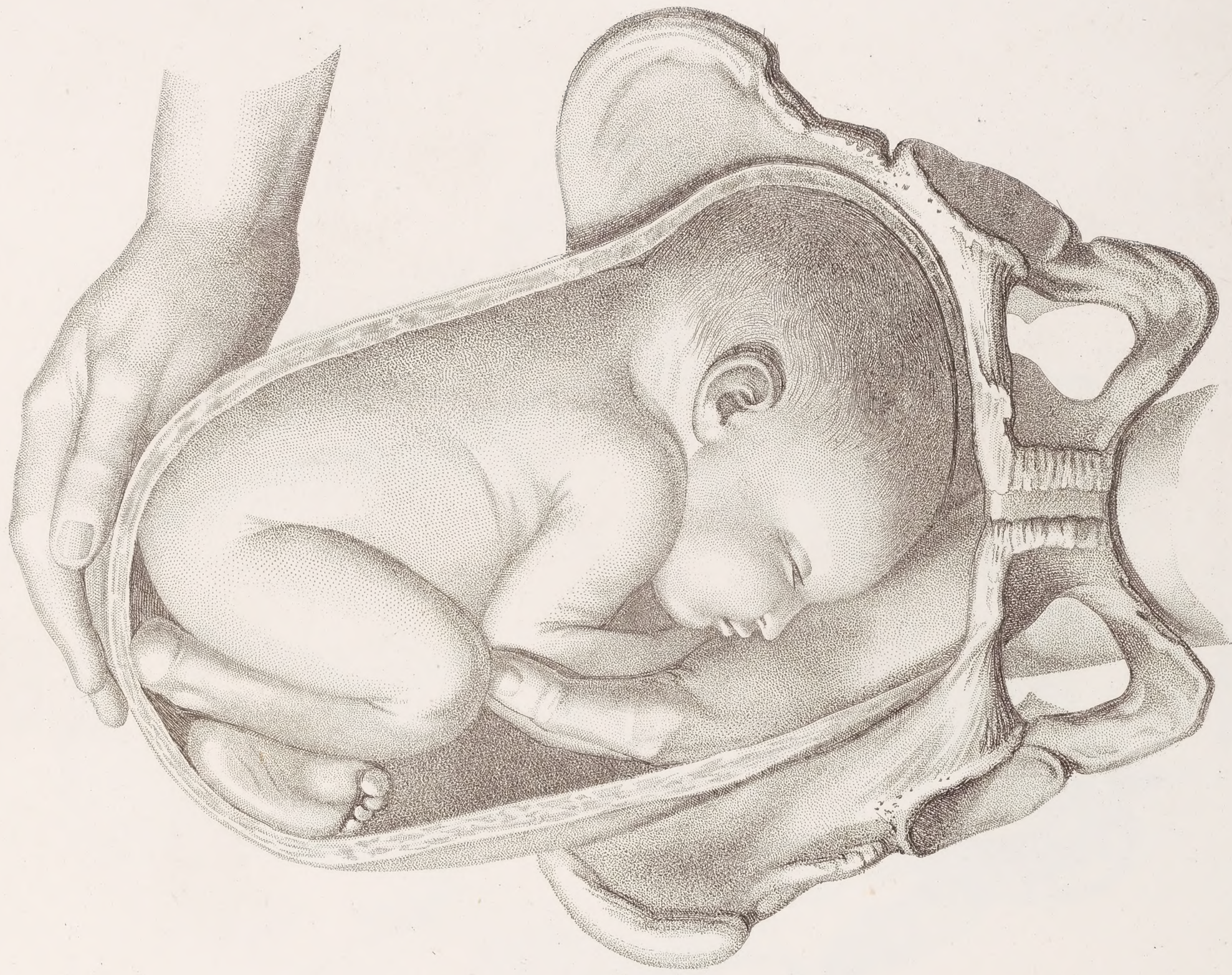


*Fig. 2.
secondo tempo*

Devizione nella 1.^a posizione del vertice

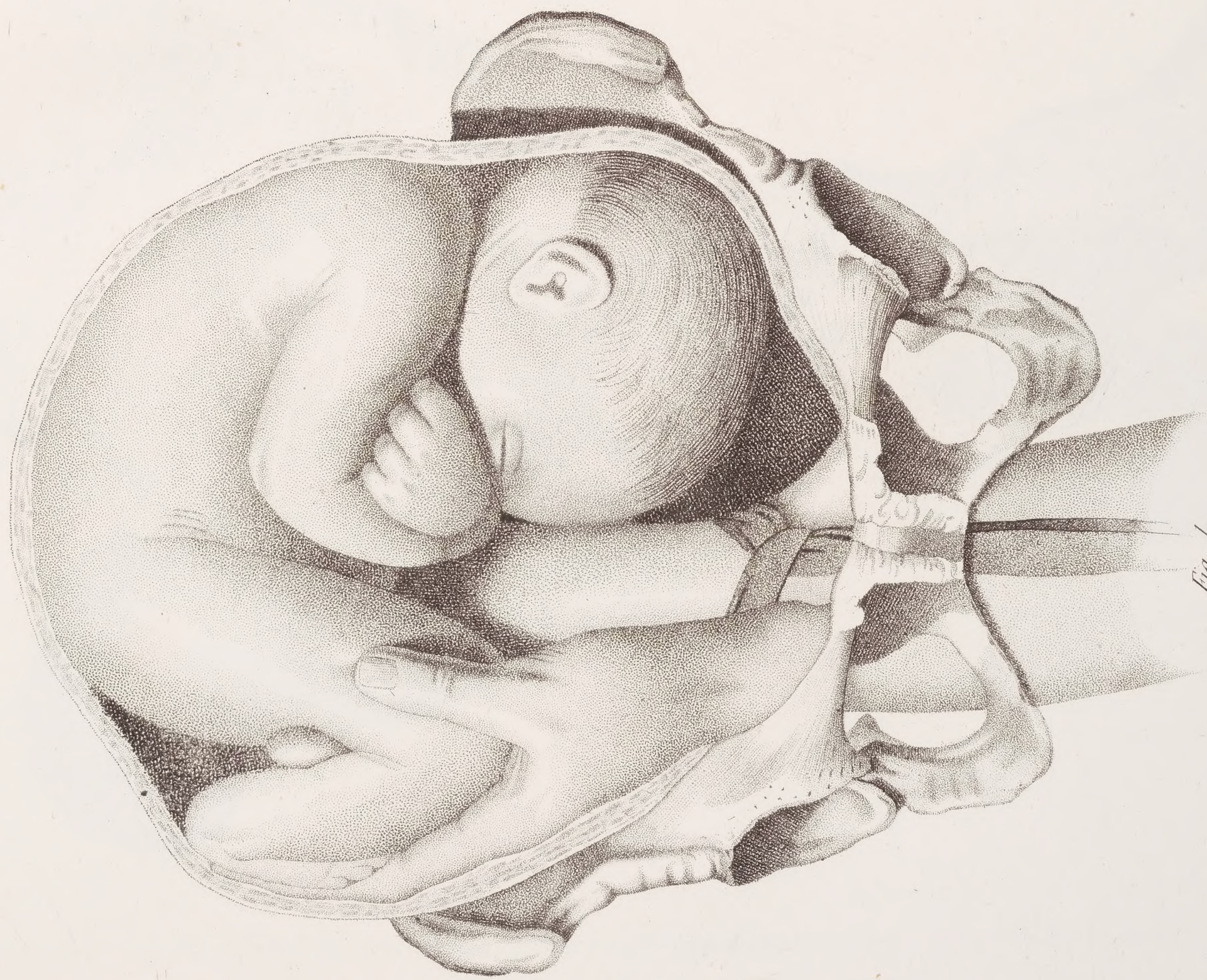


Fig. 1.

terzo tempo



Fig. 2.

terzo tempo (bis)

Versione nella 1^a posizione del vertice

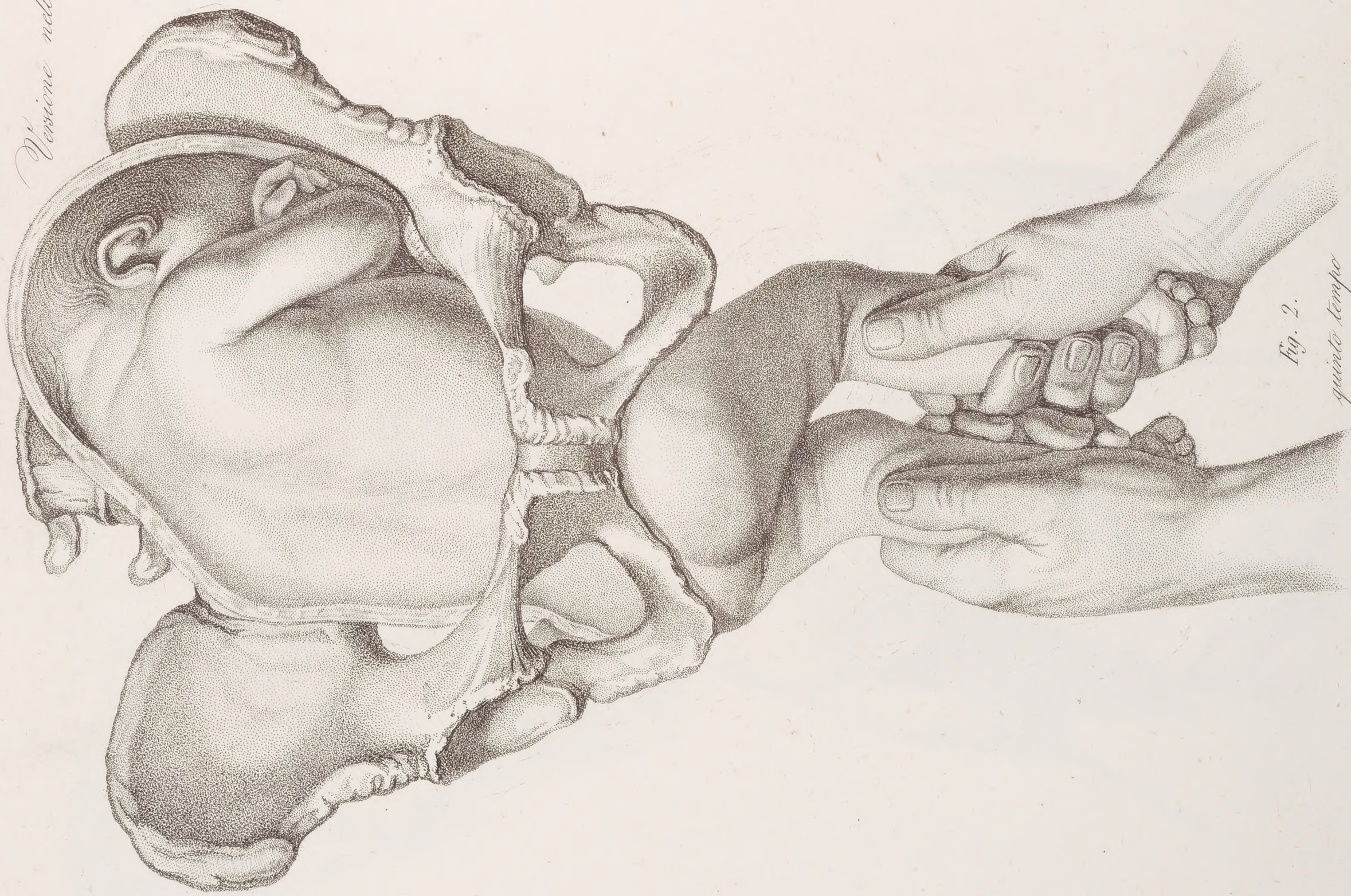


*Fig. 2.
quinto tempo*

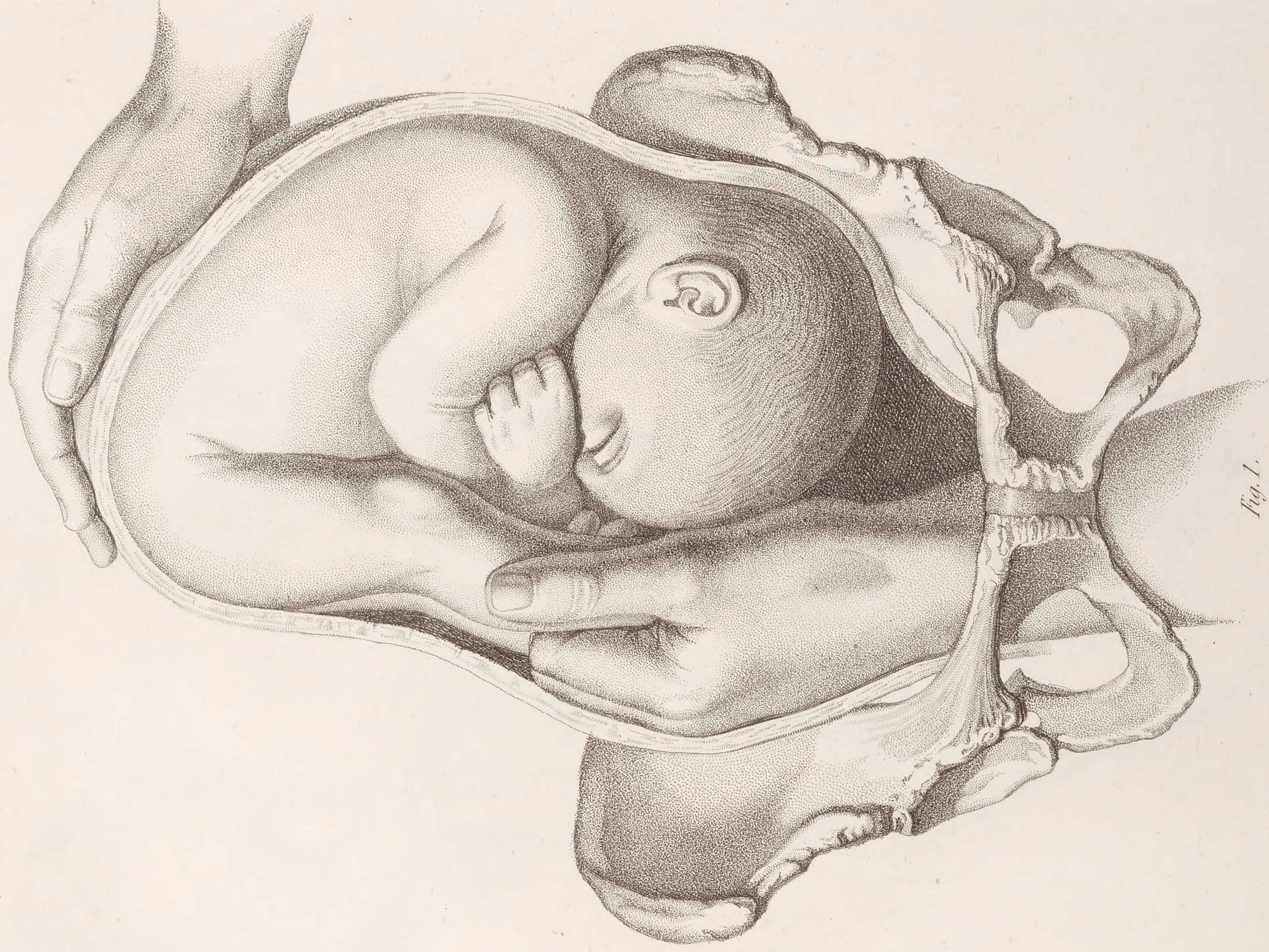


*Fig. 1.
quarto tempo*

Versione nella 1.^a posizione del vertice

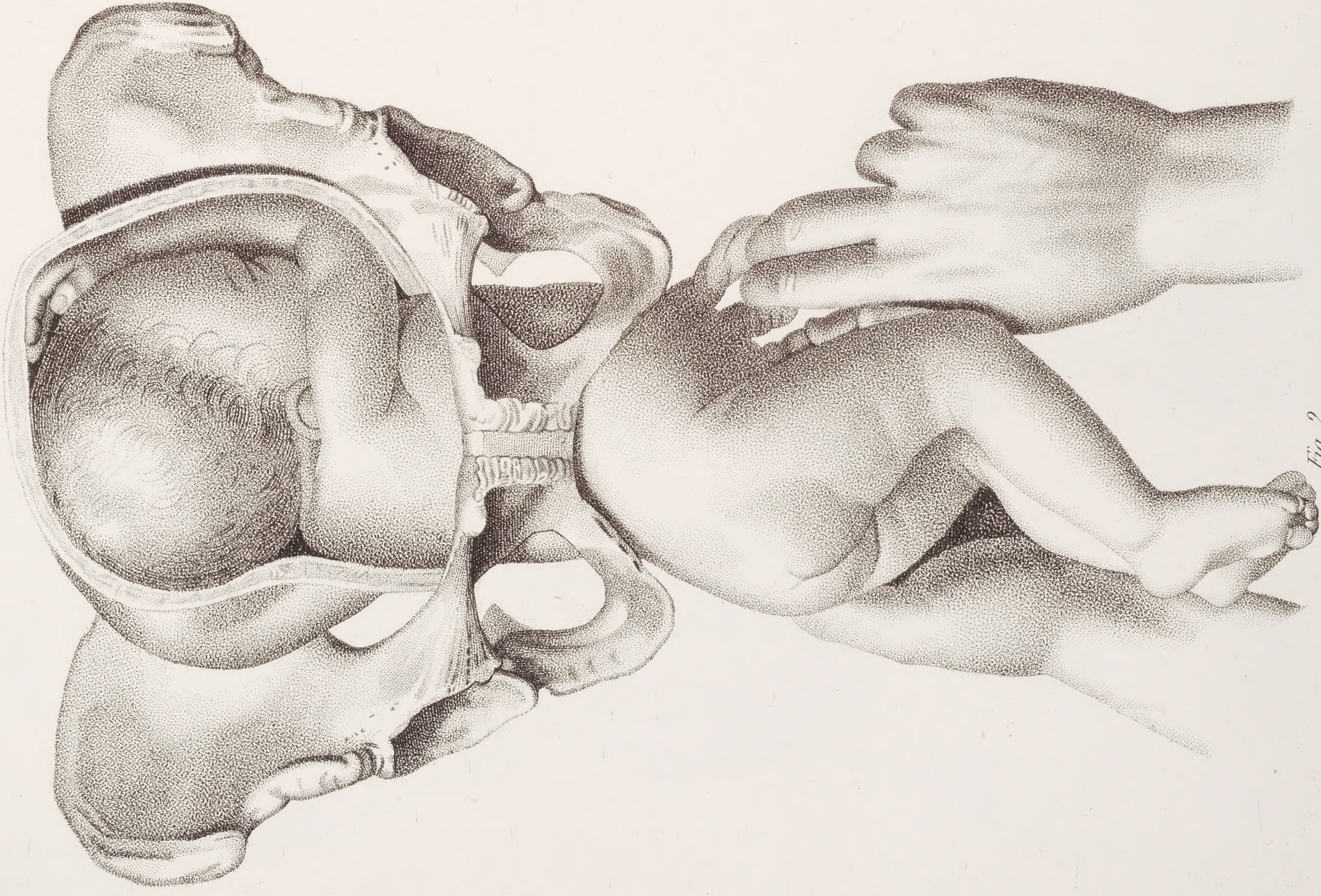


*Fig. 2.
settimo tempo*

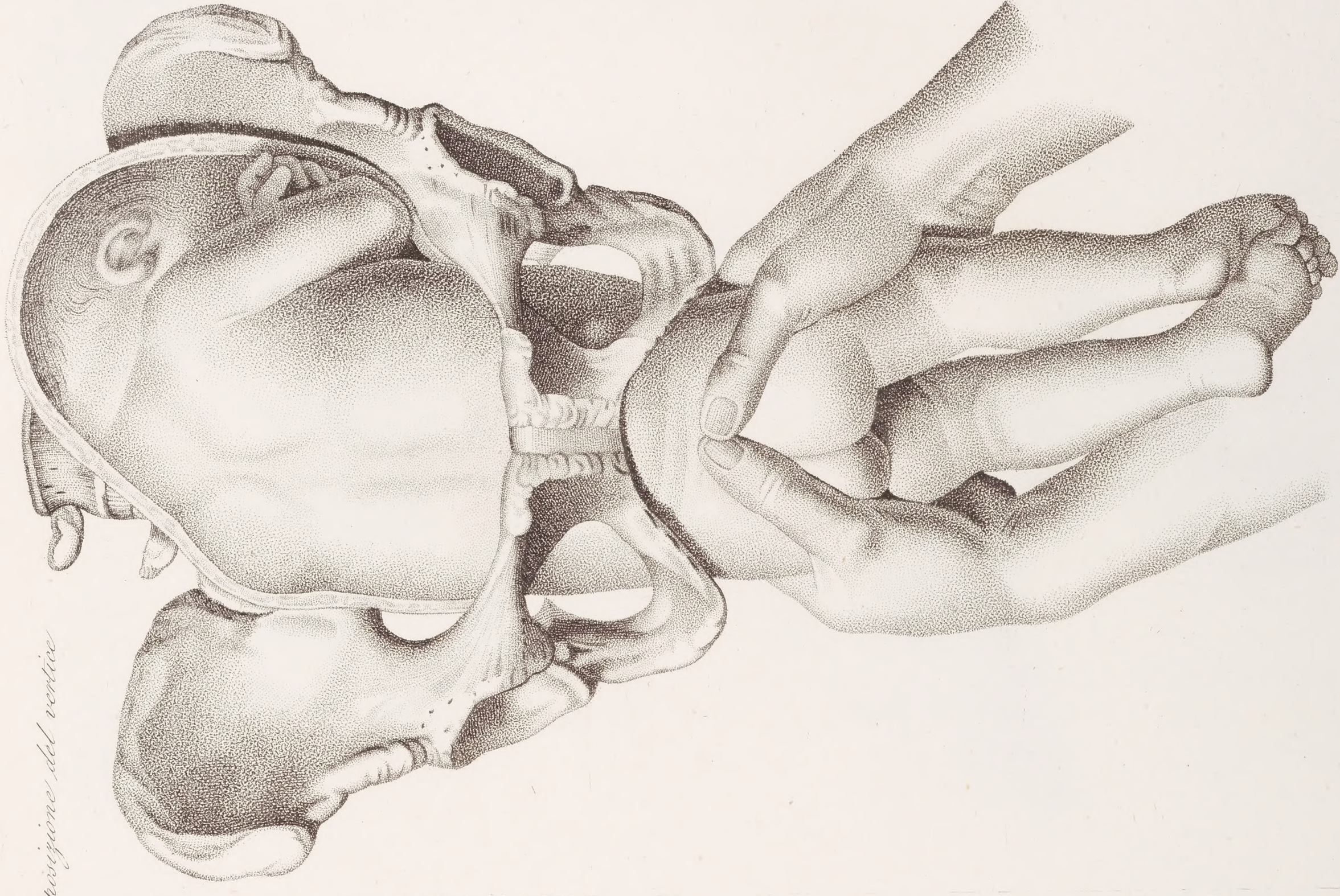


*Fig. 1.
sesto tempo*

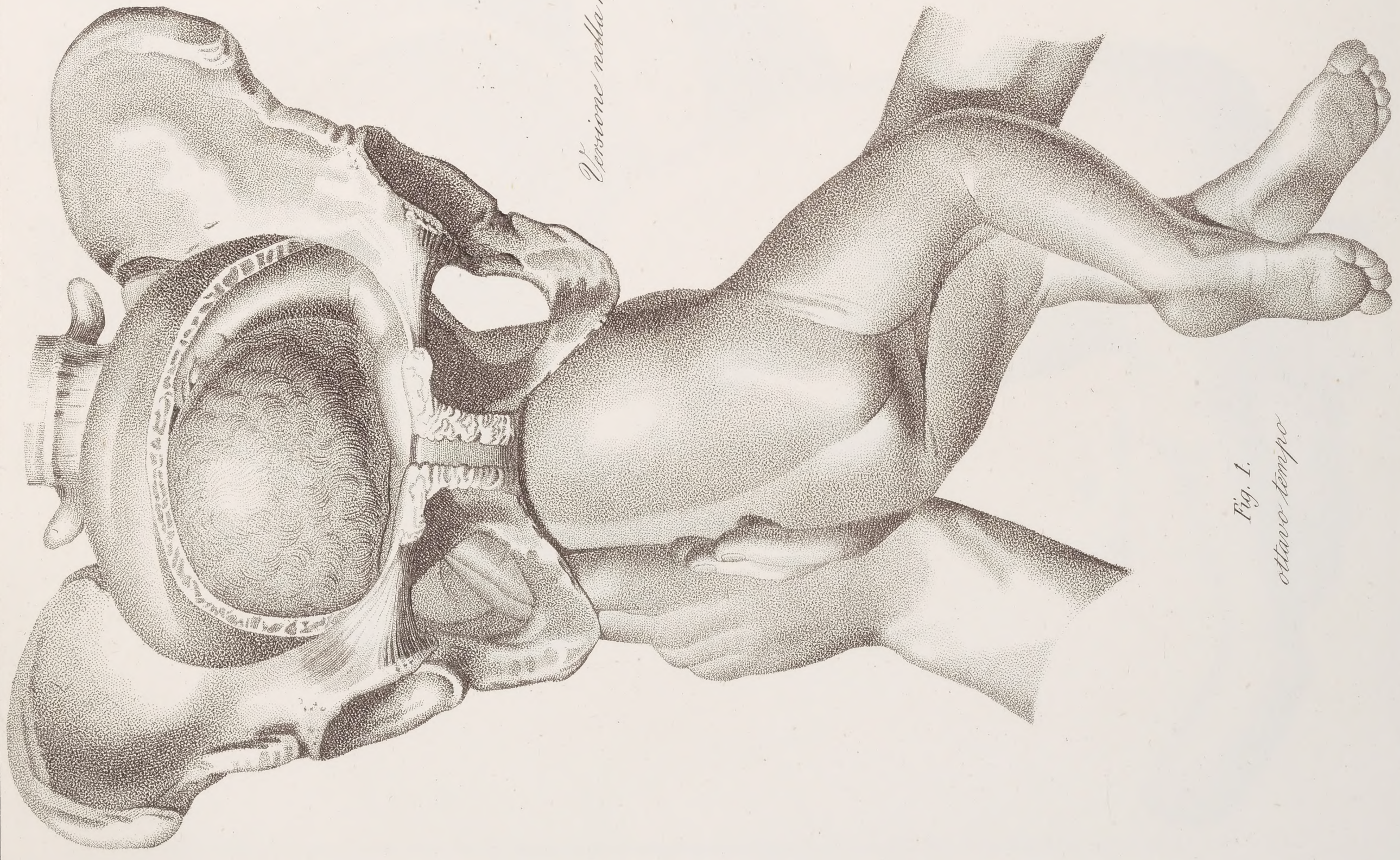


Fig. 1.
ottavo tempo

Visione nella 1.^a posizione del vertice.

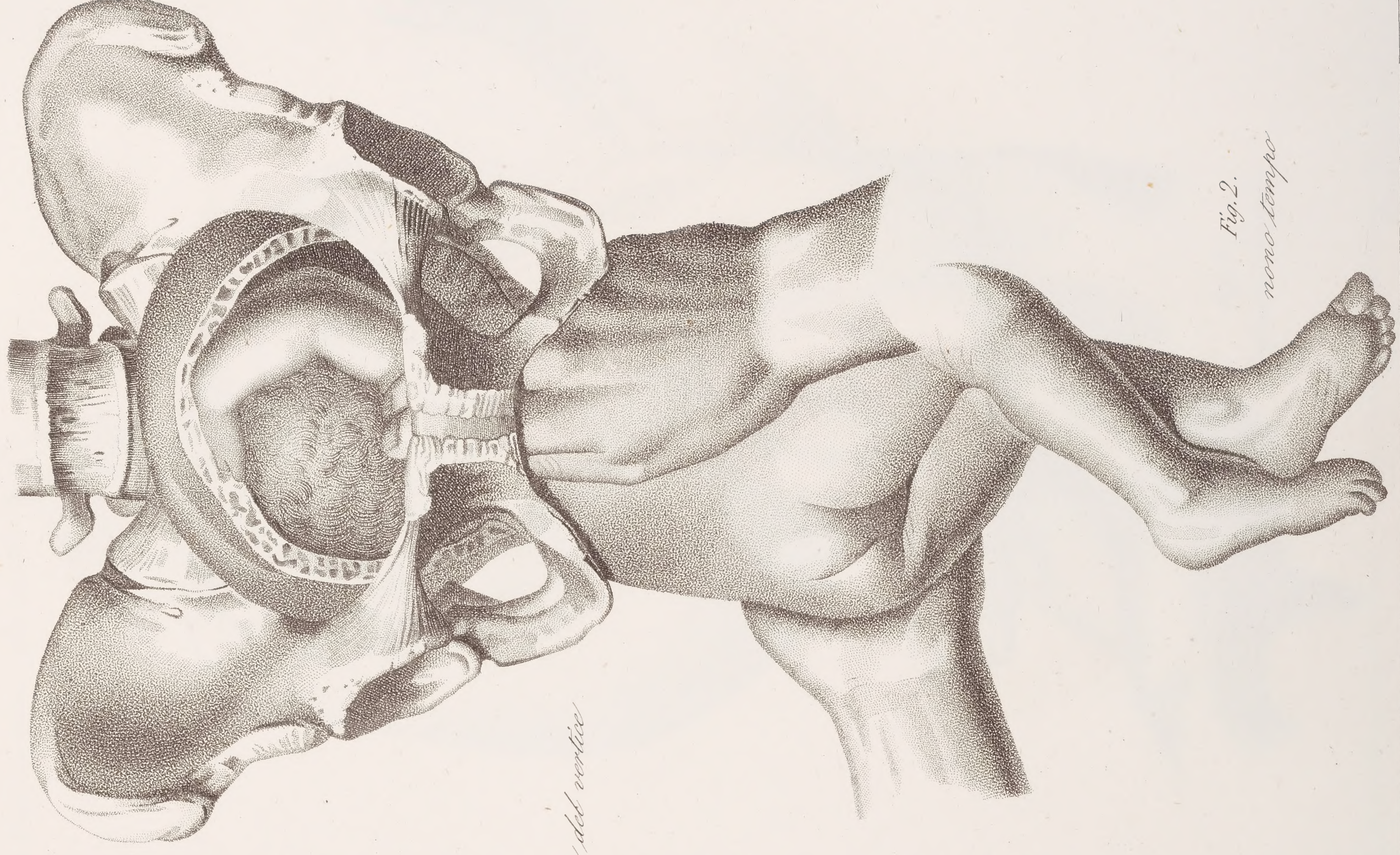


Fig. 2.
nono tempo

Divisione nella 1.^a posizione del vertice

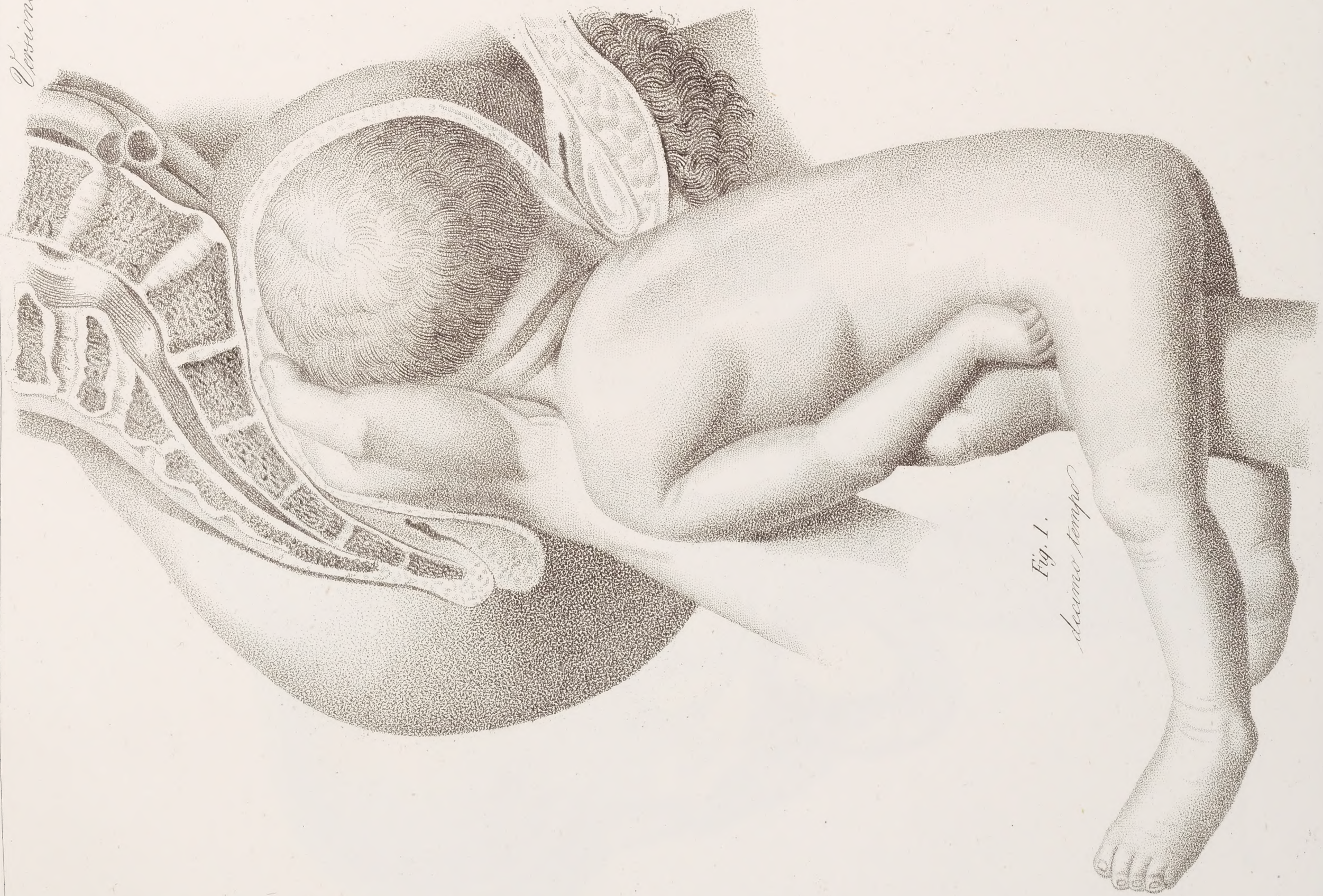


Fig. 1.
Secondo tempo



Fig. 2.
undecimo tempo

Versione nella 2.^a posizione della spalla e del braccio dritto



*Fig. 1.
primo tempo*

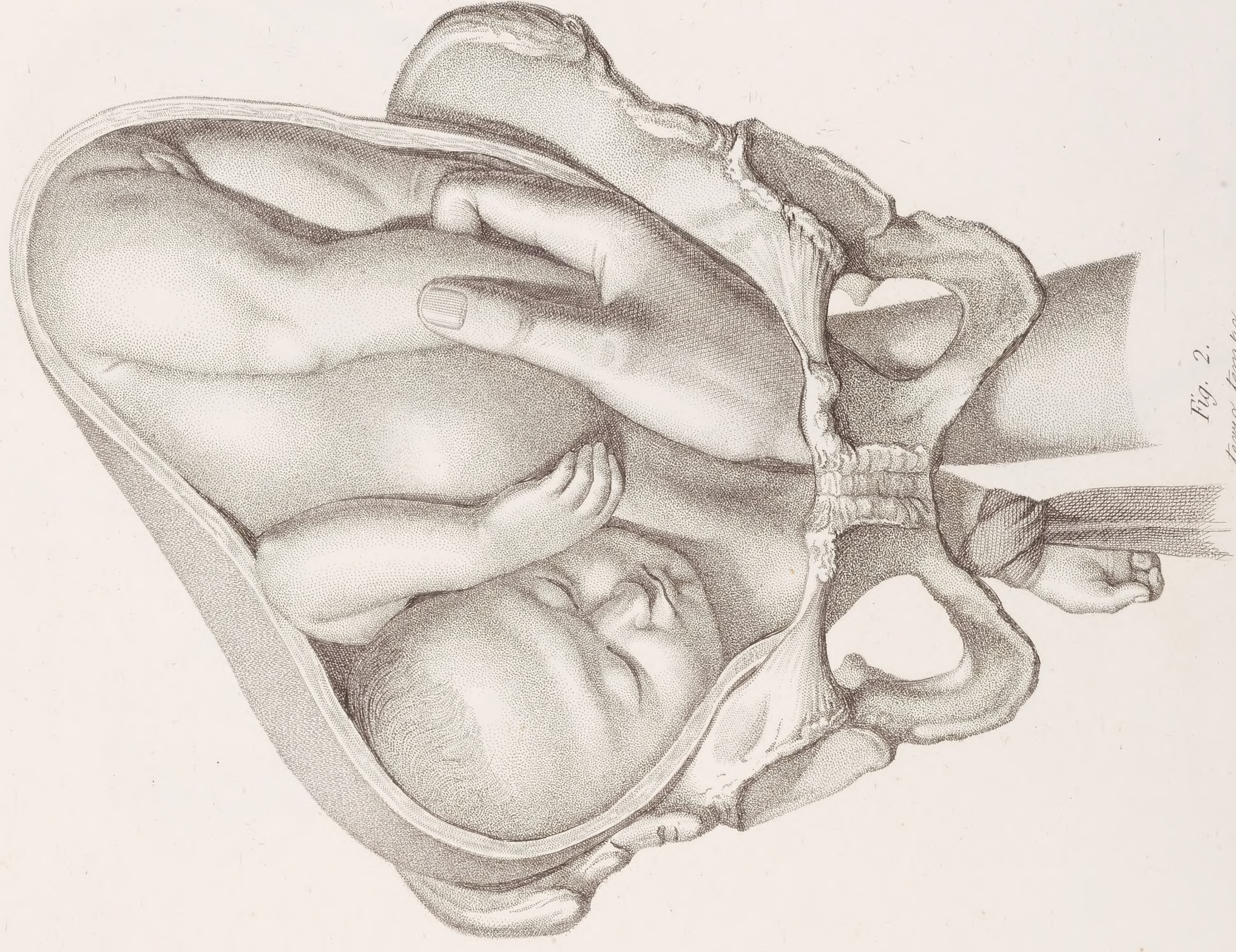


*Fig. 2.
terzo tempo*

Divisione nella 2.^a posizione della spalla e del braccio sinistro

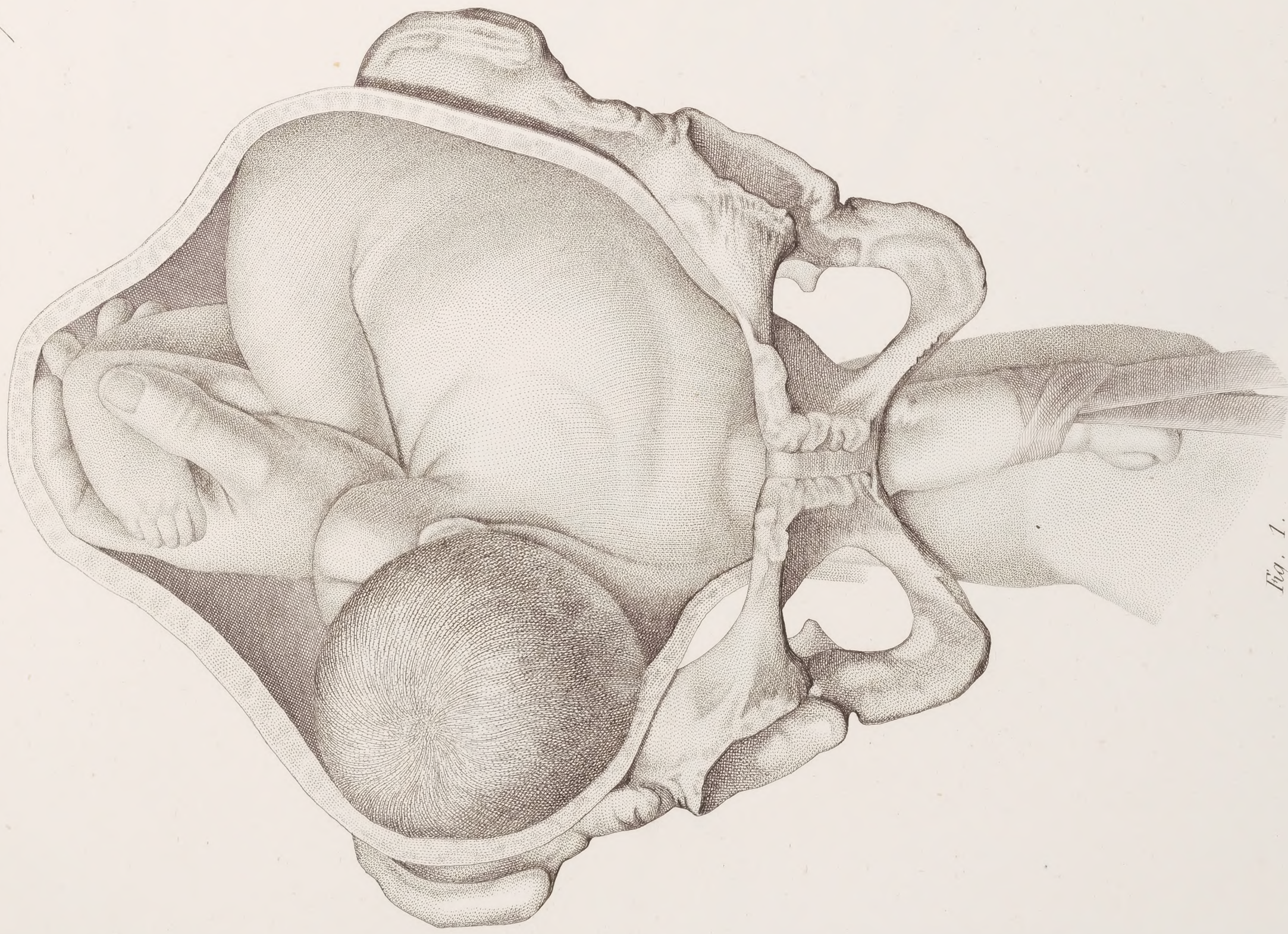


*Fig. 1.
secondo tempo*

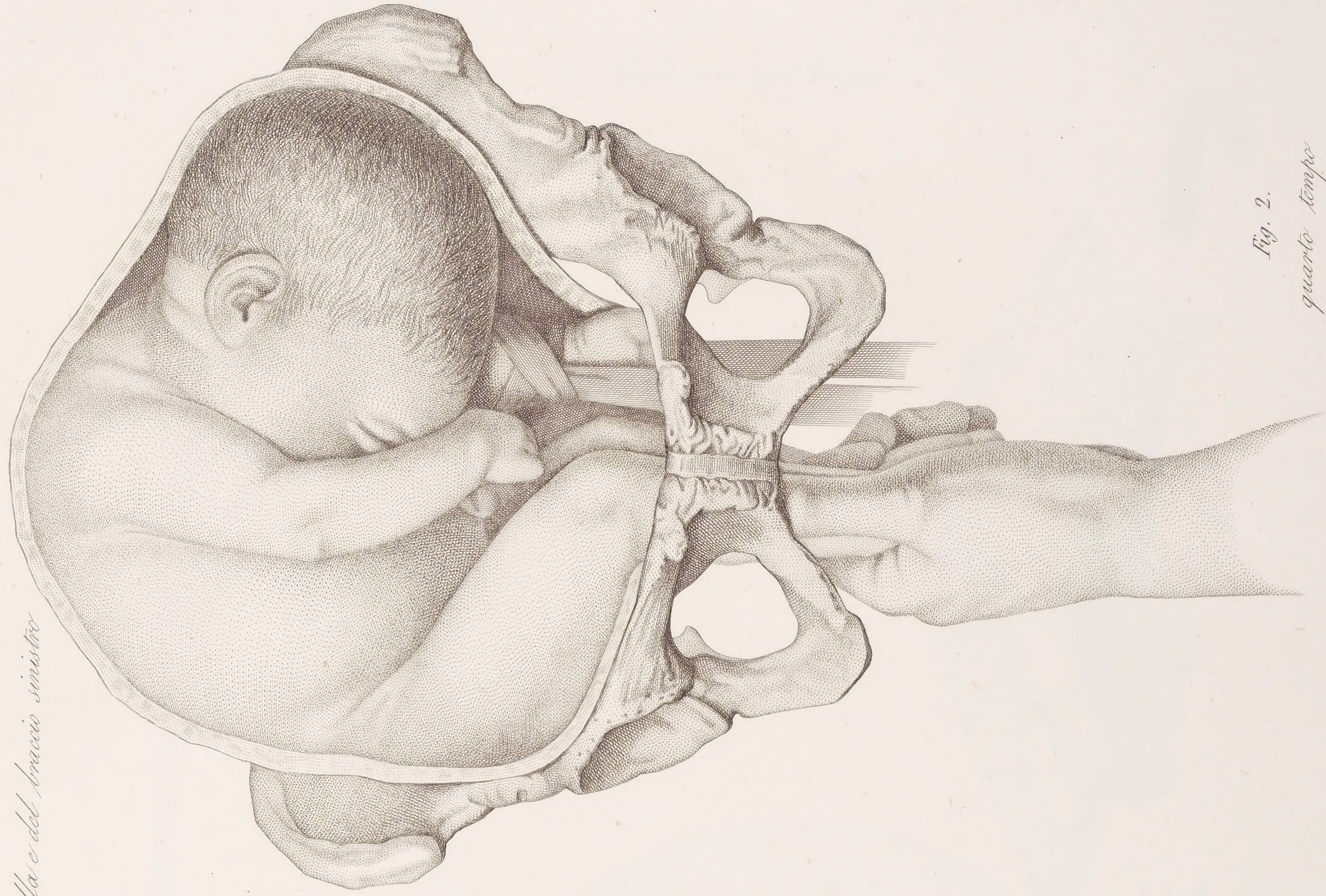


*Fig. 2.
quarto tempo*

Applicazione del Forcipe

Fig. 1.^a Branca sinistra e manico del Forcipe

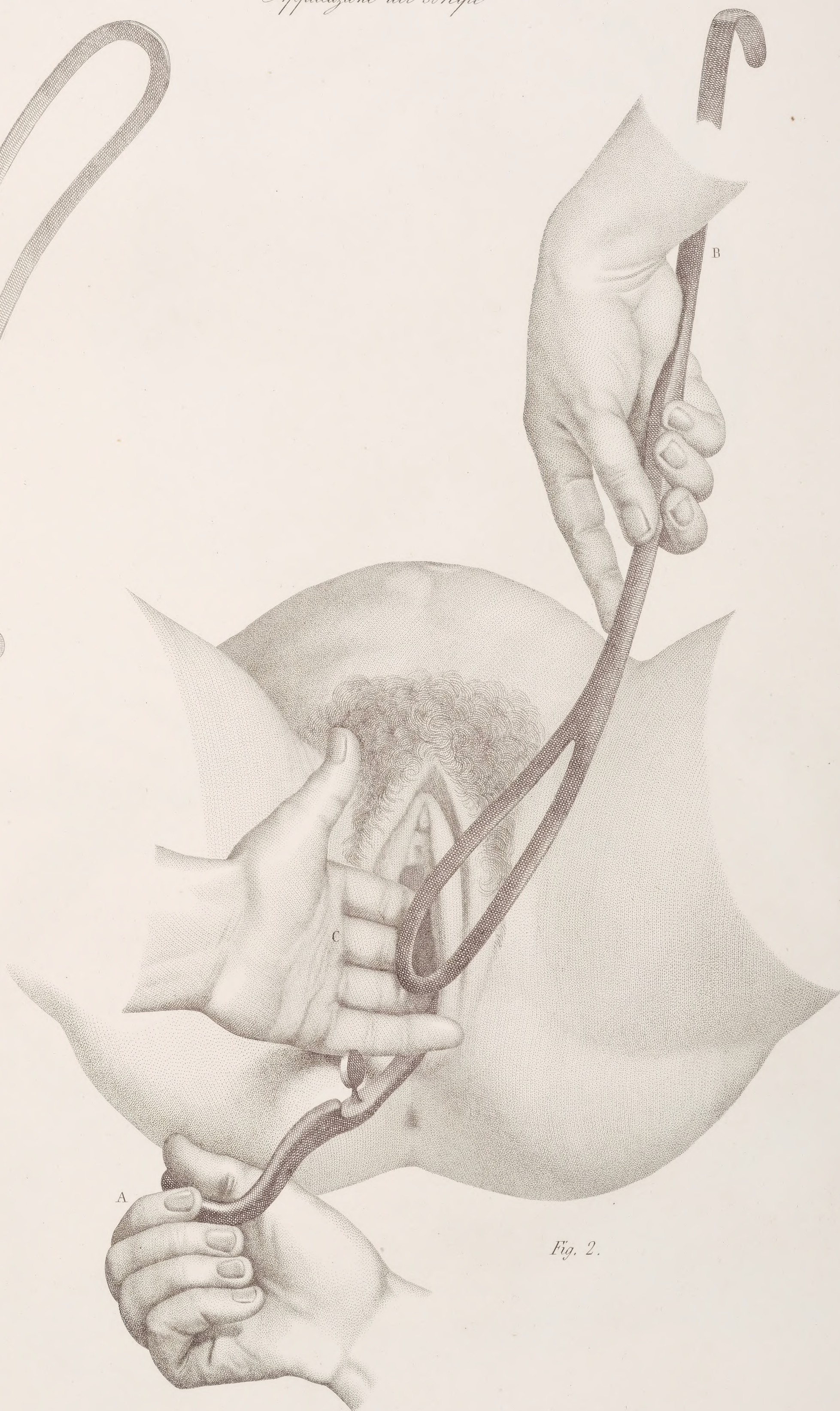
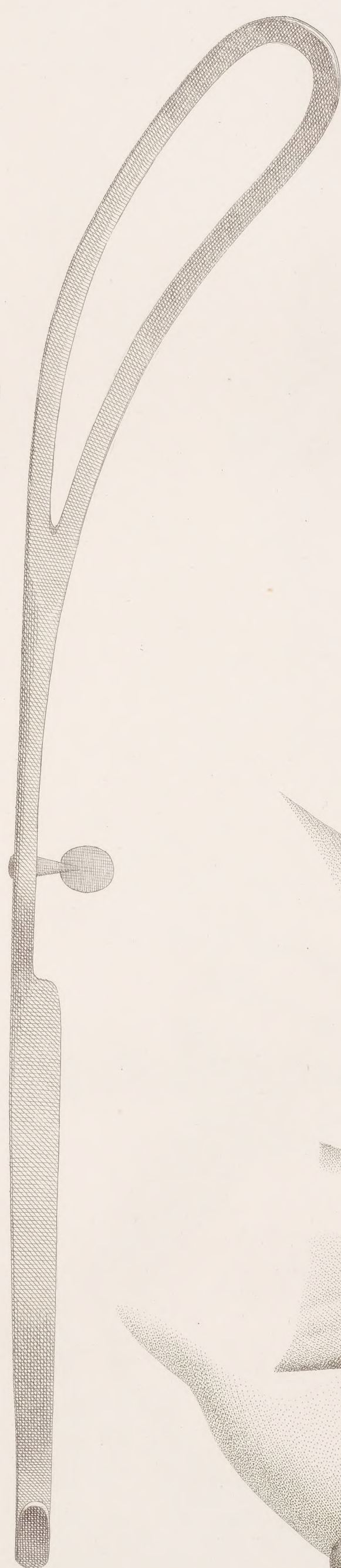


Fig. 2.

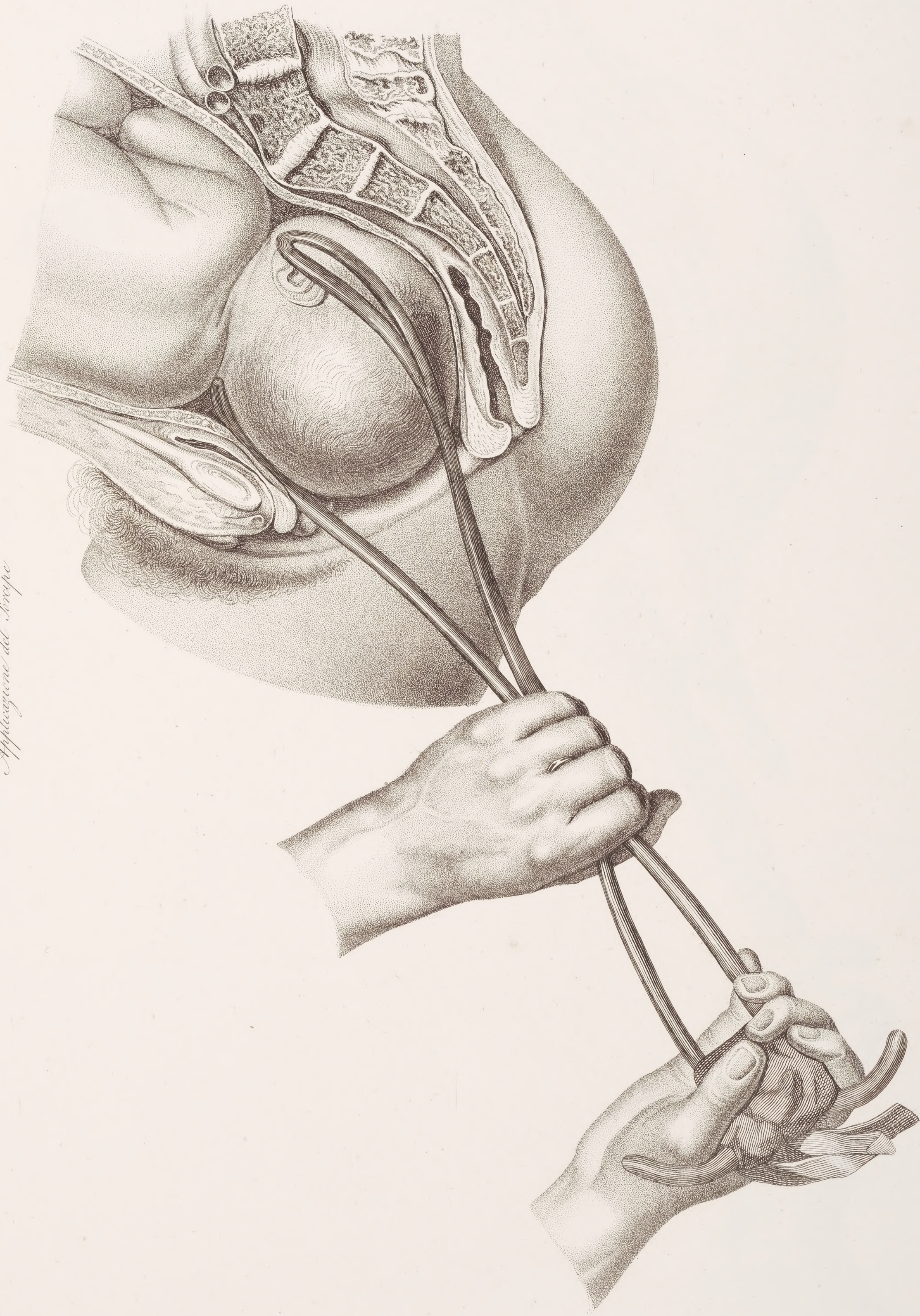
Applazione del Tricipo



Fig. 1.

Fig. 2.

Applicazione del Tripe



Applicazione del forcipe al di sopra dello stretto addominale



Applicazione del Forceps dopo uscita il tumore

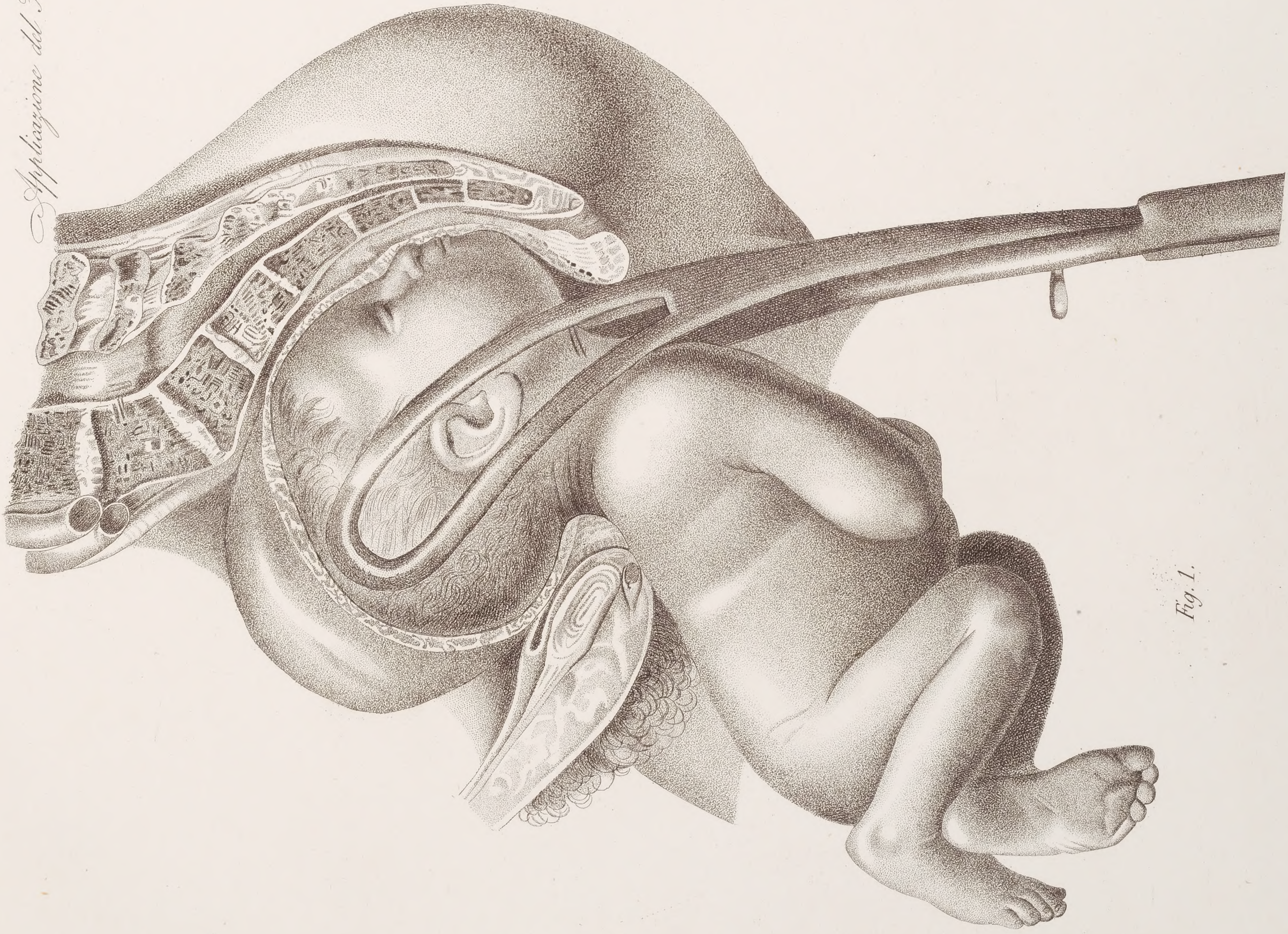


Fig. 1.

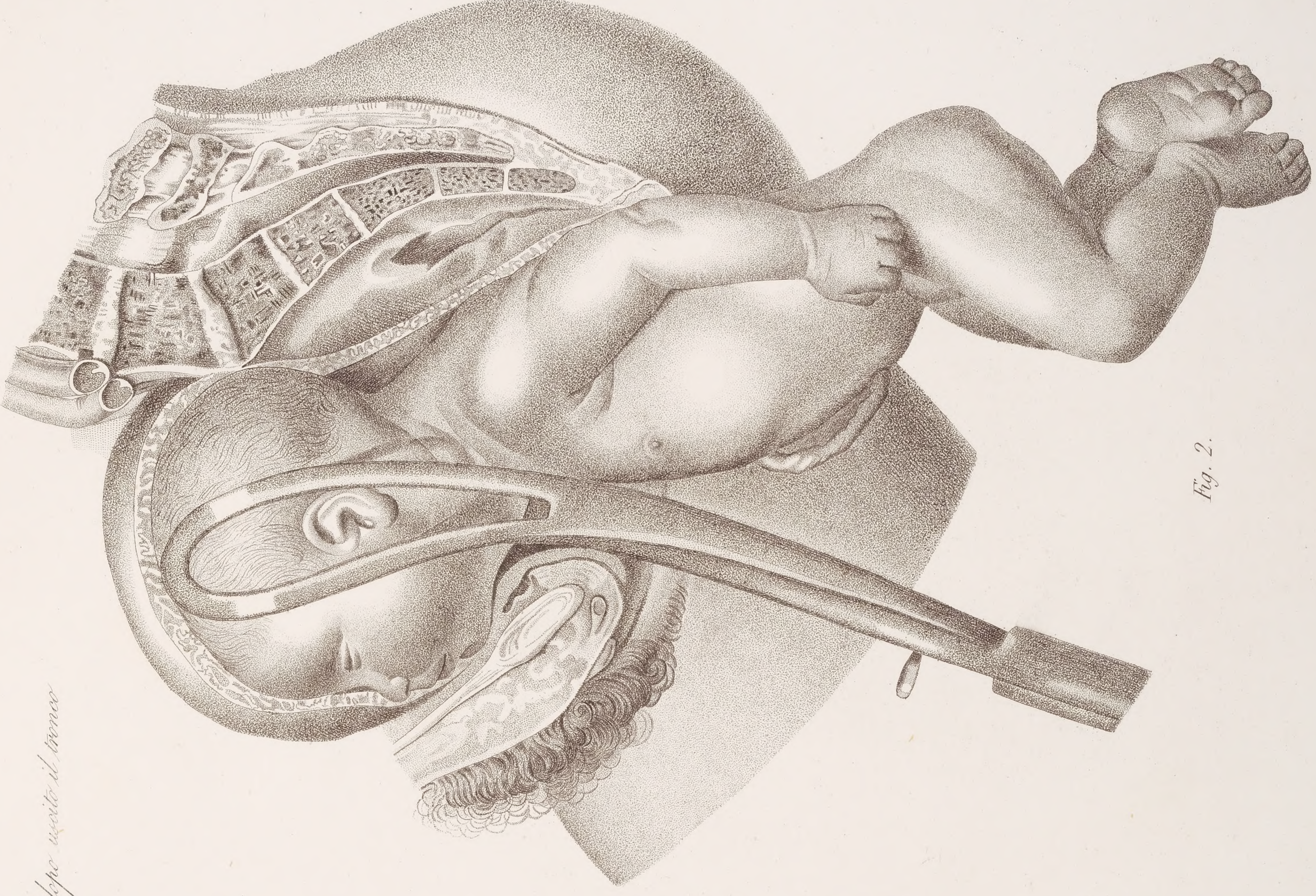


Fig. 2.

